

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

PAR MM. LES DOCTEURS

BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, Membre de l'Académie de médecine

LUNIER ET FOVILLE

Inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance
et des asiles d'aliénés

SIXIÈME SÉRIE. — TOME NEUVIÈME

QUARANTE-ET-UNIÈME ANNÉE



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRIE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

1883

52767

90152

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

CHRONIQUE

Le nouveau projet de loi sur les aliénés. — Le délire des négations. — Des guérisons tardives dans l'aliénation mentale. — L'abus de la morphine et son rôle au point de vue médico-légal. — Les aliénistes victimes des aliénés; blessure de M. le Dr Espiau de Lamaestre, mort du Dr Van-Gellhorn.

Le projet de revision de la loi du 30 juin 1838, annoncé par la déclaration du gouvernement au moment de l'ouverture des Chambres, a été déposé, par M. le ministre de l'intérieur, sur le bureau du Sénat, dans la séance du 25 novembre 1882.

Le dépôt de ce projet de loi est le fait le plus considérable de l'histoire du service des aliénés, en France, depuis 1838 et 1839; car, jusqu'ici, on avait beaucoup parlé, publié, discuté à ce sujet, mais le gouvernement n'avait jamais formulé aucune proposition, aucun texte en vue de remplacer celles des dispositions de la loi de 1838 qui, en raison de l'expérience acquise par une longue pratique, pouvaient comporter certains changements.

Nous avions espéré pouvoir donner dans le présent numéro le texte et l'exposé des motifs de ce projet; mais comme rien n'a été officiellement distribué aux sénateurs, nous devons attendre.

Des grandes classes de l'aliénation mentale primaire, celle qui compte le plus grand nombre de malades, celle qui, dans toutes les statistiques, est représentée par les plus gros chiffres, est la mélancolie ou lypémanie. Mais tous les médecins aliénistes savent que, sous cette étiquette unique, sous cette dénomination générique, on réunit et on confond bien souvent des espèces et des variétés fort différentes les unes des autres. On s'est donc préoccupé de délimiter, dans ce vaste territoire commun, des groupes distincts, reconnaissables à des caractères tranchés, et qui, tantôt occupent un domaine partiel à limites fixes, tantôt au contraire, et plus souvent, empiètent par leurs frontières sur les domaines voisins et se confondent plus ou moins avec eux.

L'analyse clinique, dirigée dans ce genre de recherches, a déjà réalisé des progrès très importants et tout le monde admet l'existence des subdivisions de la mélancolie désignées, journellement, sous les noms de : délire des persécutions, mélancolie avec stupeur, mélancolie anxieuse, lypémanie hypochondriaque, mélancolie mégalomaniacale. Mais quelque avancé que soit ce travail de classification secondaire, personne n'oserait dire qu'il soit achevé, et qu'il n'y ait pas encore d'autres groupes assez nettement caractérisés pour mériter une description à part et une dénomination spéciale. C'est à ce genre de recherches psychologiques que se rattache un intéressant mémoire de M. le Dr Cotard, qui, bien qu'encore incomplet, nous a paru présenter un grand intérêt clinique.

M. Cotard, guidé par certains passages de Guislain et de

Griesinger, a étudié une évolution délirante spéciale, qui lui paraît appartenir plus particulièrement aux mélancoliques anxieux, et qui reposerait sur les dispositions négatives très habituelles chez ces malades (*Archives de neurologie*, septembre 1882, p. 152.)

Aussi propose-t-il, pour désigner cette forme particulière d'état mental, un nom nouveau, celui de « *délire des négations* » et il dépeint à grands traits, dans les termes suivants, les malades qui en sont atteints : « Leur demande-t-on leur nom ? ils n'ont pas de nom ; leur âge ? ils n'ont pas d'âge ; où ils sont nés ? ils ne sont pas nés ; qui étaient leur père et leur mère ? ils n'ont ni père, ni mère, ni femme, ni enfants ; s'ils ont mal à la tête, mal à l'estomac, mal à quelque point de leur corps ? ils n'ont pas d'estomac, pas de tête, quelques-uns même point de corps. Leur montre-t-on un objet quelconque, une fleur, une rose, ils répondent : ce n'est pas une fleur, ce n'est pas une rose. Chez quelques-uns, la négation est universelle ; rien n'existe plus ; eux-mêmes ne sont plus rien. » Ces mêmes malades, qui nient tout, s'opposent à tout, résistent à tout ce qu'on veut leur faire faire. »

On sait que Guislain a déjà signalé la folie d'opposition.

Tous les cliniciens reconnaîtront la vivante exactitude du tableau fait par M. Cotard et rendront hommage à son talent de description. L'avenir seul nous dira si le « *délire des négations* » doit rester définitivement dans la science, à titre de type spécial et réellement original, au milieu des aspects si multiples que présente la lypémanie.

Les discussions qui ont eu lieu, cette année, à l'Académie de médecine et à la Société médico-psychologique, à propos de la folie considérée comme cause de divorce, discussions dont les *Annales* ont eu le soin de mettre tous les éléments sous les yeux de leurs lecteurs, ont eu pour résultat, en dehors de leur intérêt législatif, de montrer l'incertitude qui

règne encore, en pathologie mentale, sur un fait de clinique pure, celui de la possibilité et de la fréquence relative des guérisons tardives chez les aliénés. D'une part, M. Blanche n'hésitait pas à dire que la folie, même ancienne, est encore, dans un certain nombre de cas, susceptible de guérison ; par conséquent on ne peut pas considérer ceux qui en sont atteints comme ne comptant plus pour rien dans la vie sociale ; d'autre part, M. Luys affirmait qu'au bout d'un certain nombre d'années de maladie mentale, les aliénés sont voués à l'incurabilité absolue, et frappés, par là, d'une déchéance irrémédiable, en raison de laquelle on peut sans scrupule rompre les liens par lesquels ils avaient été, antérieurement, unis à un mari ou à une femme.

A l'appui de son opinion M. Luys disait, non sans raison, que, pour prouver qu'il était dans l'erreur, il faudrait lui montrer, dans les archives de la science, un certain nombre d'observations de guérisons tardives authentiques et scientifiquement rédigées ; il ajoutait que ces observations n'existent pas, ou que du moins elles n'ont pas été publiées.

La question, ainsi posée, devenait un sujet intéressant d'études qui s'imposait pour ainsi dire aux recherches des médecins d'asiles ; car c'est à eux qu'il appartenait d'interroger les registres et les statistiques de leurs services pour leur demander la solution du problème. Notre collaborateur M. le Dr Giraud, directeur-médecin de l'asile de Fains, nous a envoyé, sur ce sujet, un mémoire inséré plus loin, et où l'on trouvera neuf observations de formes aiguës de folie, manie ou lypémanie, dans lesquelles la guérison, prouvée autant qu'elle peut l'être par la sortie de l'asile sans réintégration ultérieure, a été obtenue après une durée de traitement variant entre seize et cinq années. Nous donnons aussi, aux Archives cliniques, une observation de guérison au bout de huit années de traitement, due au Dr Sizaret.

On ne saurait apprécier trop haut la valeur de documents de ce genre et il serait à désirer que tous les médecins

d'asiles recherchent si les registres des établissements à la tête desquels ils sont placés témoignent en faveur de l'opinion de M. Blanche ou de celle de M. Luys. Leurs communications sur ce sujet seraient certainement accueillies, avec grand intérêt, par tous les membres de la spécialité.

Cette voie a déjà été ouverte, d'ailleurs, par un mémoire de M. le Dr Rousseau, directeur-médecin de l'asile d'Auxerre, publié dans le dernier numéro de l'*Encéphale* (octobre 1882, p. 446).

Par des relevés statistiques des asiles du Jura et de l'Yonne, M. Rousseau établit que, d'une manière générale, les aliénés ne guérissent en proportion notable que dans les deux premières années de traitement ; dans les cinq années suivantes, les guérisons deviennent très rares ; au delà de la septième, elles deviennent tout à fait exceptionnelles. Sur six mille admissions il s'en serait produit quatorze seulement, au bout d'un séjour variant de huit à vingt-huit ans.

Encore l'auteur pense-t-il que ces différentes guérisons n'étaient pas complètes, et il termine en disant : « Il existe » un certain nombre d'aliénés qui, au plus léger contact de » la démence, cessent complètement de délirer. Leur dé- » bilité intellectuelle reste latente ; ils reprennent des » allures régulières et peuvent être rendus à la vie com- » mune. Ce sont les malades de cette catégorie qui sont » susceptibles d'être méconnus et qui viennent grossir indé- » ment le chiffre des guérisons tardives. »

En réalité, M. Rousseau pose, à son tour, un nouveau problème de clinique, celui de savoir en quoi consiste, au juste, la guérison d'une affection chronique. Si, pour admettre sa réalité, on exige que toutes les facultés physiques ou intellectuelles aient reconquis toute l'intensité, toute la fraîcheur dont elles jouissaient avant le début de la maladie, on doit sans doute les considérer comme très rares ; l'âge seul suffirait à expliquer un certain affaiblissement des facultés, et celui-ci paraît encore plus inévitable lorsqu'aux seuls pro-

grès de l'âge s'est ajoutée une longue période de perturbation fonctionnelle.

Mais ce n'est pas au point de vue d'une théorie absolue et inflexible que les phénomènes sociaux doivent être envisagés, et, quand il s'agit de la rupture ou du maintien du lien matrimonial, il nous paraît difficile de baser la législation sur une formule de psychologie pure.

Si des malades, après un séjour prolongé dans des asiles d'aliénés, cessent complètement de délirer; si leur débilité intellectuelle reste latente; s'ils reprennent des allures régulières et s'ils peuvent être rendus à la vie commune, nous pensons que ce n'est pas les méconnaître que de les considérer comme légalement guéris et de maintenir, en leur faveur, la persistance d'un mariage contracté avant le début de leur folie.

Le travail de M. Rousseau, outre l'intérêt très réel qui s'y attache, a eu l'avantage de provoquer, de la part de M. Luys, une importante rectification à la formule d'incurabilité qu'il avait donnée devant l'Académie de médecine. Il avait indiqué, comme terme au bout duquel l'existence de la folie pouvait devenir un motif suffisant de divorce, une durée de quatre ans pour les hommes et de cinq ans pour les femmes.

Mais, dit-il (*ibid.*, p. 454), « je ne me suis sans doute pas » suffisamment expliqué à ce propos, car j'entends spécifier, ainsi, *quatre ans et cinq ans de démence confirmée*. » Les années ne doivent donc pas être supputées, à partir » du moment où la démence s'est manifestée, et où, la » chronicité étant établie, le malade est destiné à vivre dans » un état d'isolement complet et d'indifférence profonde » du milieu ambiant. »

La rectification, nous le répétons, est importante et elle modifie, d'une manière sensible, les termes de la question. M. Luys a d'autant mieux fait de nettement préciser sa pensée à cet égard que, jusque-là, il était difficile de ne pas

s'y méprendre; M. Rousseau, lui-même, n'avait pas évité cette erreur.

Dans notre dernière chronique nous avons appelé l'attention sur le morphinisme et la morphiomanie, à l'occasion d'un travail communiqué au Congrès scientifique de la Rochelle par M. le Dr Paul Landowsky. La question est évidemment de celles qui ont une réelle importance d'actualité, dans toutes les parties du monde civilisé, car, presque en même temps, de sérieuses recherches sur le même sujet étaient publiées, bien loin à l'Ouest, aux Etats-Unis par le Dr Kane, médecin d'une maison de santé spéciale située près de New-York, et bien loin à l'Est, par le Dr Zambaco, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui est établi à Constantinople et qui a entretenu le Congrès médical d'Athènes, au mois d'avril 1882, de l'affection à laquelle il donne le nom de morphéomanie.

Ces deux auteurs nous apprennent qu'en Amérique et en Turquie, comme dans l'Europe occidentale, l'usage des injections sous-cutanées de morphine s'écarte trop souvent de son rôle thérapeutique, et que l'abus de cette pratique devient, à la fois, une passion des plus tyranniques pour ceux dont elle s'empare, et une maladie qui compromet gravement le jeu normal de l'organisme physique et l'intégrité des fonctions intellectuelles et morales.

Ils sont, aussi, d'accord avec les observateurs européens pour signaler la fréquence relative des cas de morphiomanie chez les membres du corps médical. Les facilités matérielles que l'exercice de leur profession fournit aux médecins font qu'ils succombent, plus facilement que d'autres, à l'entraînement pour ainsi dire irrésistible, à la séduction pathologique qui, paraît-il, impose fatalement la passion pour les injections de morphine, une fois que l'habitude commence à en être prise.

Une pareille pratique n'est pas seulement dangereuse pour les malheureux médecins qui en sont les victimes,

elle l'est encore plus pour les clients de ces médecins en raison des erreurs de doses qu'ils sont amenés à commettre dans les prescriptions formulées par eux. « C'est un fait » remarquable, dit le Dr Kane, que les médecins praticiens » qui deviennent adonnés à l'usage journalier de la morphine, apportent une négligence marquée dans le dosage » des médicaments toxiques qu'ils ordonnent. Cela est » surtout le cas pour la morphine qu'ils s'administrent, à » eux-mêmes, plusieurs fois par jour, à hautes doses ; » mais cela s'applique aussi à d'autres alcaloïdes, tels que » la strychnine, l'atropine, l'aconitine. Des médecins atteints » de morphiomanie que j'ai eus en traitement, chez moi, » m'ont souvent parlé des dangers qu'ils faisaient sans » cesse courir à leurs clients, et deux d'entre eux m'ont » cité des cas déterminés dans lesquels ils avaient fait un » mal direct, l'un en tétanisant un malade avec de la strychnine, l'autre en tuant un par des injections répétées » de morphine. », (*The alienist and neurologist* — Juillet 1882, p. 433.)

Le Dr Kane se demande même si ce n'était pas par une erreur de dosage, attribuable à cette cause, que pourrait s'expliquer le cas du Dr Lamson qui a été condamné à mort, l'année dernière, en Angleterre, pour avoir empoisonné son beau-frère, avec de l'aconitine. Lamson était, paraît-il, adonné à la morphiomanie, et il avait, dans sa pratique médicale, l'habitude d'abuser de l'aconitine.

On ne saurait, cependant, s'arrêter à l'explication ainsi proposée, ni accorder à Lamson le bénéfice de l'irresponsabilité pour cause d'intoxication chronique par la morphine. On se rappelle, en effet, que malgré plusieurs sursis à l'exécution, accordés pour permettre de fournir les preuves de cette irresponsabilité, la défense n'a pu y parvenir, et que Lamson lui-même, avant d'être pendu, a fini par avouer qu'il avait commis le crime, avec conscience et dans un but intéressé.

Du reste, dans différents cas cités par le Dr Kane, à l'appui de l'opinion que la morphiomanie pourrait être considérée, au point de vue criminel, comme une cause d'irresponsabilité, il faut reconnaître que les cours de justice américaines ont rejeté cette excuse et ont prononcé des condamnations.

Il en a été de même à Paris, avec une certaine atténuation de peine, pour une voleuse aux étalages, qui abusait des injections de morphinè, et à l'occasion de laquelle M. le professeur Brouardel a eu à faire un rapport médico-légal (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1884, t. VI p. 272).

La cour d'assises de la Côte-d'Or devait, tout récemment, juger une femme accusée du meurtre d'une petite fille qu'elle avait enlevée sans la connaître, et qui, elle aussi, pour excuser un acte dont elle affirmait ne pas même avoir eu conscience, invoquait l'obtusion intellectuelle déterminée par un abus prolongé de la morphine absorbée tant en potions qu'en injections sous-cutanées. Un vice de forme dans la procédure ayant été relevé à l'audience, l'affaire a été remise à une autre session et la cour a désiré profiter de ce retard pour joindre les lumières d'un médecin spécialiste de Paris à celles des trois médecins de Dijon qui ont déjà fait une étude prolongée de l'état mental de l'accusée.

Le travail très intéressant de M. le Dr Zambaco nous transporte dans un milieu tout différent; mais il nous montre que la soif malade pour la morphine produit à Constantinople les mêmes effets qu'en Allemagne, en France, en Angleterre, en Amérique, et que, dans l'Orient aussi, les médecins sont de fréquentes victimes de cette dangereuse passion (V. l'*Encéphale*, octobre 1882, p. 413). L'auteur ajoute même à son mémoire cette note significative : « Après » ma communication faite au Congrès médical d'Athènes, » trois confrères, assistant à la séance, m'ont avoué se pra-

» tiquer deux ou trois fois par jour des injections de morphine. Ils m'ont même montré leurs petites seringues et la solution médicamenteuse qui ne les quitte jamais. »

Malheureusement il n'est pas nécessaire d'aller loin pour rencontrer des confrères ayant les mêmes habitudes, et qui ne se gênent même pas pour pratiquer ces injections, pour ainsi dire en public, devant leurs clients ou au milieu d'une réunion de leurs amis.

La terre d'Orient est depuis longtemps, on le sait, le pays de prédilection des mangeurs et des fumeurs d'opium, et M. Zambaco nous donne sur leur compte les renseignements les plus intéressants. « Plusieurs de mes clients musulmans, dit-il, avaient dès longtemps contracté l'habitude de prendre, chaque jour, une dose d'opium brut, progressivement croissante, sous forme pilulaire. C'est là, en effet, la préparation à laquelle les musulmans de la Turquie s'adressent de préférence et presque exclusivement. Les gens qui appartiennent à la classe élevée de la société font, en gros, leur provision annuelle qu'ils reçoivent directement de Kara-Hissar, près Smyrne, dont l'opium est certainement un des plus riches que l'on rencontre dans le commerce. Ces *thériaquis* (nom tiré du médicament la thériaque, auquel l'opium sert de base) mettent le plus grand soin, je dirai même qu'ils éprouvent le plus grand plaisir à préparer eux-mêmes, tous les deux ou trois jours, afin qu'elles ne durcissent pas outre mesure, leurs pilules dont ils ne consentiraient à confier la confection à personne. » Suivent des détails sur le *modus faciendi* et sur les effets de cette consommation d'opium à laquelle les Orientaux demandent, à la fois, un engourdissement physique général et une certaine surexcitation génésique ; cet état de béatitude terrestre, de paresse voluptueuse leur fait entrevoir, par anticipation, les extases du paradis promis par Mahomet. Il paraît, cependant, que cette habitude est en voie de décroissance en

Turquie et surtout à Constantinople. Mais, par une compensation malheureuse, la pratique des injections de morphine est en grand progrès. Ici encore, l'auteur nous fournit des détails piquants et pris sur le vif. « J'ai souvent vu, » dit-il, des gens du monde en possession d'un arsenal de » petits instruments à injections et qui avaient toujours à » leur disposition, grâce à leur médecin, une solution de » morphine capable de les empoisonner ! Des dames, même, » appartenant à la classe des plus élégantes, poussent leur » bon goût jusqu'à se faire faire des bijoux recélant une » seringue mignonne, et des flacons artistiques destinés » à contenir la solution enchantresse ! Au théâtre, dans » le monde, elles s'esquivent un instant, ou bien elles » épient le moment favorable de faire joujou, en s'injectant » sur une partie visible de leur corps, ou bien soustraite » aux regards, une injection morphinée ! »

Il nous semblait que le raffinement oriental l'emportait, encore ici, sur les mœurs de l'Occident, et, jusqu'à présent, nous n'avions pas entendu dire qu'il y eût, à Paris, des joailliers en seringues Pravaz. Mais il paraît que la chose existe à en croire ce passage d'un roman à la mode, en cours de publication, où une mondaine plaignant une de ses amies, dont le mari est mort d'une chute de cheval, ajoute. « Elle » n'a pas pu s'en consoler, seulement elle, pour oublier, » elle a ses figures... oui, elle est devenue... Comment » dit-on?... Morphomane... Toute une société comme ça... » Quand elles se réunissent, chacune de ces dames apporte » son petit étui d'argent, avec l'aiguille, le poison... et puis, » crac ! sur le bras, dans la jambe... Ça n'endort pas, mais » on est bien... Malheureusement, l'effet s'use chaque fois, » et il faut augmenter la dose. » (Alphonse Daudet, *L'Évangéliste*, *Figaro*, 31 décembre 1882.)

Le mal social, révélé par les divers travaux que nous venons d'analyser n'est pas, on le voit, sans exercer, déjà, des ravages trop étendus, et est plus menaçant encore

pour l'avenir. On ne peut donc que s'associer au D^r Zambaco pour réclamer la coopération de tous les membres du corps médical, dans le but de déraciner cet abus, ou du moins d'en restreindre le développement.

Les médecins d'asiles continuent à être les victimes de leurs malades ; la série des attentats que nous avons eu à enregistrer, en si grand nombre, dans ces derniers temps, se poursuit non interrompue. Il y a quelques semaines, M. le D^r Espiau de Lamaestre, directeur-médecin de l'asile de Ville-Evrard, était assailli par un aliéné persécuté qui lui lacérait le visage ; on a pu craindre, un instant, que l'œil droit ne fût tout à fait perdu. L'ophthalmie a été conjurée, heureusement, mais la blessure n'est pas complètement guérie, et elle pourra laisser des suites durables. D'autre part, un journal allemand de la spécialité (*Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 4^{er} décembre 1882) annonce la mort du D^r Von Gellhorn, directeur de l'asile d'Uckermunde en Poméranie, et ajoute que ce médecin a succombé à un empoisonnement du sang, consécutif à une morsure qui lui avait été faite par une malade de son service, affectée de manie aiguë. Peut-on dire que l'on rende aux médecins aliénistes, en honneurs et en considération, ce qui serait légitimement dû à des fonctions qui leur font courir, chaque jour, de si graves dangers ? Malheureusement non ; loin de là, les administrateurs des hospices d'une grande ville, entraînés par une polémique violente, où l'intérêt réel des malades est bien méconnu, impriment et distribuent, sans être désavoués, un document où il est dit que les directeurs-médecins des asiles publics d'aliénés peuvent « profiter de leur situation pour » se créer des fiefs à peu près indépendants et d'un bon » rapport. »

Il faut, réellement, bien mal connaître le sujet dont on parle, pour s'exprimer ainsi. Nous demandons aux gens

bien informés de quel côté est l'indépendance, et de quel côté se trouve la servitude, sous sa forme parfois la plus périlleuse. Heureusement pour MM. les administrateurs des hospices, ils seraient fort empêchés de citer ceux d'entre eux, qui, en moins de dix-huit mois, ont été tués par une balle de pistolet, comme le D^r Marchant, de Toulouse ; blessés de plusieurs projectiles de revolver, comme le D^r Gray d'Utica ; assommés à coups de pierre comme le D^r Orange de Broadmoor ; à moitié aveuglés comme le D^r Bécoulet de Dôle et le D^r Lamaëstre de Ville-Evrard ; mordus jusqu'à ce que mort s'ensuivît, comme le D^r Van Gellhorn, de Poméranie. C'est que les médecins aliénistes ont, à peu près seuls, le privilège d'être ainsi tués et blessés par les malades qu'ils ont la mission de soigner et de guérir ; et, cependant, ces dangers perpétuels ne peuvent ni ralentir leur zèle, ni diminuer leur dévouement.

Il serait vraiment de bon goût, de la part de ceux qui se posent comme leurs adversaires, de ne pas les attaquer sur un terrain où ils sont réellement inattaquables, celui de l'honorabilité professionnelle et du dévouement dans l'accomplissement du devoir.

A. F.

Pathologie

SUR LA THÉORIE

DE LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

DE LA FOLIE PARALYTIQUE ET DE LA DÉMENCE PARALYTIQUE CONSIDÉRÉES COMME DEUX MALADIES DISTINCTES.

Par M. le Dr J. BAILLARGER

Membre de l'Académie de médecine.

« Plus la disposition des esprits sem-
ble incliner vers une regrettable con-
fusion, plus il est nécessaire de s'ap-
pesantir sur les types de la maladie »
(LASEGUE : *De la paralysie générale*,
1853.)

« L'histoire de la paralysie générale est
à refaire. »

(JULES FALRET, 1877.)

Tout le monde admet que la paralysie générale est une affection organique des centres nerveux (périencéphalite chronique diffuse, — encéphalite interstitielle diffuse, — encéphalite avec prolifération scléreuse interstitielle.)

On distingue trois formes principales de la maladie :

La forme maniaque ambitieuse ;

La forme mélancolique hypochondriaque ;

La forme démente et paralytique.

Les symptômes qui caractérisent chacune de ces trois formes, se présentent très souvent plus ou moins réunis

chez le même malade et constituent les formes mixtes qui sont les plus nombreuses. Nul doute que les symptômes de démence ne coexistent très souvent ou même le plus souvent avec le délire maniaque ou le délire mélancolique ; mais ce fait n'empêche pas qu'on ne puisse facilement trouver pour chacune des trois formes de véritables types, et comme l'a conseillé M. Lasègue, c'est à ces types qu'il faut s'attacher, si on veut sortir de la confusion dont on se plaint, et qui ne fait qu'augmenter à mesure que les travaux deviennent plus nombreux.

Il est certain qu'on observe assez souvent les formes maniaques ou mélancoliques, sans que le malade offre encore aucune trace de démence.

Ces cas assez souvent suivis de guérison temporaire et quelquefois même de guérison définitive, sont les types de la *folie paralytique*.

D'autre part, les malades qui tombent progressivement dans la démence paralytique sans conceptions délirantes, sans délire maniaque ou mélancolique, ne sont pas rares. Ces cas, toujours incurables, constituent à mon avis la véritable *paralysie générale* qui est essentiellement une *démence paralytique*.

Prenant donc uniquement pour sujet de ce travail les types de la *folie paralytique* et de la *démence paralytique*, j'essaierai de démontrer que ces deux types doivent être considérés comme deux maladies différentes et non comme deux formes de la même maladie (1).

(1) La dénomination de *folie paralytique* est employée comme synonyme de paralysie générale ; mais tout le monde admettant aujourd'hui qu'il y a des cas de paralysie générale sans délire et uniquement caractérisés par la démence et par la paralysie, c'est, à mon avis, une grave inconséquence que de continuer à emprunter la dénomination de la maladie à un symptôme qui n'est pas constant. Je propose donc de substituer cette dénomination de *folie paralytique* à celle de *folie congestive* que j'avais employée en 1858 pour désigner les accès de manie et de mélancolie qu'on observe au début ou dans le

Ce sera si l'on veut la théorie *dualiste*, opposée à la théorie *unitaire* généralement admise depuis les travaux de Bayle.

I

THÉORIE UNITAIRE

La folie paralytique et la démence paralytique ne sont que deux périodes ou deux formes de la paralysie générale.

Dans la dernière discussion qui a eu lieu sur la paralysie générale à la Société médico-psychologique, M. Jules Falret a déclaré que, pour lui, « *l'histoire de la paralysie générale est à refaire.* » Puis, il a ajouté : « Il est un fait bien établi, c'est que des observations cliniques nouvelles ont été recueillies et qu'elles sont inexplicables par l'ancienne théorie. Une nouvelle théorie, qui se produira tôt ou tard, devra naître pour grouper tous les faits. Peut-être cette théorie qui arrivera à concilier toutes les opinions, faudra-t-il la demander à l'étude anatomo-pathologique de la maladie. »

La théorie ancienne dont parle ici M. Jules Falret est celle qu'on peut appeler *unitaire* et qui a été créée par Bayle.

On sait qu'Esquirol considérait la paralysie générale comme une complication ou une terminaison de la folie.

Il admettait donc qu'il y avait toujours, simultanément ou

cours de la paralysie générale. Cette dénomination de *folie congestive* soulève en effet des objections pour les accès de mélancolie qu'on cherche à expliquer aujourd'hui par l'ischémie du cerveau. On pourra dire, il est vrai, que les *folies paralytiques* ne s'accompagnent assez souvent d'aucun signe de paralysie, mais toutes offrent des caractères spéciaux suffisants pour qu'on puisse, si la guérison n'a pas lieu, prédire comme très probable la terminaison par la *démence paralytique* et non par la *démence simple*.

C'est donc, en dehors des caractères spéciaux, le mode de terminaison probable qui légitimerait la dénomination.

successivement, chez l'aliéné paralytique deux maladies différentes : la folie et la paralysie générale.

Cette doctrine a été abandonnée et remplacée par celle de Bayle, généralement admise encore aujourd'hui.

Cet auteur a essayé de démontrer que les symptômes de paralysie ne s'observent pas indifféremment dans toutes les espèces de folie, comme le croyait Esquirol, mais seulement dans les folies avec prédominance de délire ambitieux.

Non seulement, pour lui, ces folies ambitieuses seraient les seules qui se termineraient par la paralysie générale, mais cette terminaison devrait pour ainsi dire être alors regardée comme fatale.

Il y avait donc, d'après Bayle, un rapport intime entre la folie ambitieuse d'une part et les symptômes de paralysie de l'autre. — Cela établi, il a cru pouvoir réunir les deux ordres de faits pour constituer une seule et même unité morbide, à laquelle il a donné la dénomination de *monomanie ambitieuse avec paralysie* et qu'il a attribuée à une *ménin-gite chronique*.

Plus tard, Parchappe a remplacé la dénomination de *monomanie ambitieuse avec paralysie* par celle de *folie paralytique* encore généralement employée aujourd'hui.

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que souvent, au début de la folie paralytique, les symptômes de démence, comme l'a fait remarquer M. Calmeil, sont *masqués* par l'exubérance du délire ambitieux; mais qu'il existe ou non dès le début, l'affaiblissement intellectuel ne manque jamais d'arriver à une période plus ou moins avancée.

La démence est donc un symptôme constant et pathognomonique de la paralysie générale.

Cette maladie, selon la théorie unitaire, aurait donc trois ordres de symptômes essentiels, se rapportant 1° à la folie; 2° à la démence; 3° à la paralysie.

D'après la doctrine d'Esquirol que j'ai rappelée plus haut, la paralysie générale devait dans beaucoup de cas être

regardée comme une terminaison de la folie, elle devenait donc souvent une maladie *secondaire*. D'après la doctrine unitaire, au contraire, la folie avec prédominance du délire des grandeurs constituant la première période de la maladie, la paralysie générale est, au moins dans ses rapports avec la folie, une maladie toujours *primitive*.

Il importe d'indiquer comment les partisans de la doctrine unitaire appliquent cette doctrine des paralysies générales primitives.

Il arrive assez souvent que le délire des grandeurs persiste plusieurs semaines, plusieurs mois, ou même exceptionnellement plusieurs années, sans être accompagné d'aucun signe de paralysie.

M. Calmeil cite l'observation d'un malade, chez lequel le délire ambitieux fut observé pendant plus de trois ans, sans qu'on pût, dit-il, « constater chez ce malade la moindre désharmonie, le moindre signe de faiblesse dans les mouvements, » etc. C'est après ces trois années seulement qu'on commença à soupçonner l'existence d'un commencement de gêne dans sa prononciation, et quelques mois plus tard le malade succombait à la paralysie générale.

Bayle rapporte une observation plus remarquable encore; ce ne fut qu'après six années de folie ambitieuse bien caractérisée qu'apparurent les premiers symptômes de paralysie. Or, l'auteur ne balance pas à regarder ces *six années* de folie ambitieuse comme la première période de la paralysie générale.

Il arrive quelquefois qu'un accès de manie avec prédominance de délire ambitieux se termine par la guérison sans que le malade ait offert le moindre signe de paralysie. Après six mois, une année, une rechute a lieu. En général, les symptômes de démence et de paralysie sont alors très faciles à constater. Or, dans les cas de ce genre, bien qu'on n'ait pas observé de signes de paralysie pendant l'accès initial, cet accès n'en est pas moins considéré comme la

première période de la périencéphalite chronique. On ne voit là qu'un retard dans l'apparition d'un symptôme, c'est une pure question d'évolution.

Depuis les travaux de Bayle, on a reconnu que la première période de la paralysie générale peut revêtir une forme très différente de la manie ambitieuse. Cette forme est caractérisée par le délire mélancolique dans lequel dominent des conceptions délirantes de nature hypochondriaque. A côté de la forme maniaque ambitieuse, on admet donc désormais et même comme très fréquente une forme mélancolique. Or, il arrive assez souvent que ces deux formes se succèdent chez le même malade. Les partisans de la théorie unitaire dans les cas de ce genre, et ces cas sont assez nombreux, font remonter le début de la maladie au début du premier accès, alors même que cet accès aura été séparé du second par un état de guérison apparente plus ou moins long.

Il n'y a là encore pour eux qu'une question d'évolution, non plus des symptômes, mais des formes de la maladie. Je me bornerai à citer un exemple emprunté à M. Foville.

M. J..., à la suite de grandes fatigues et de préoccupations pécuniaires, a eu un accès de *délire mélancolique* qui n'a duré que quelques semaines. Il paraissait fort bien rétabli, lorsque éclata, au bout de huit mois, sans cause occasionnelle, un accès de *grande agitation maniaque avec délire ambitieux*, diffus et incohérent, mais sans embarras de la parole. Ces accidents aigus ne durèrent que quinze jours et M. J..., bien qu'ayant encore des idées de satisfaction sans motifs, paraissait en convalescence, lorsque survinrent coup sur coup plusieurs accès épileptiformes qui laissent M. J... hébété et présentant de l'embarras de la parole.

A la suite de cette observation M. Foville ajoute : « Il est bien certain qu'il n'y a eu là qu'une maladie ; il convient

même, ajoute-t-il, de rattacher à cette affection *unique* la période de dépression mélancolique du début. »

Ainsi, voilà un malade qui a d'abord un accès de *délire mélancolique*, dont il a guéri après quelques semaines.

Au bout de huit mois, alors qu'il paraissait fort bien rétabli, il est pris tout à coup d'un *accès maniaque avec délire ambitieux*, mais sans embarras de la parole. Ce second accès d'une nature très différente semble guérir encore au bout de quinze jours ; mais, pendant la *convalescence*, surviennent des attaques épileptiformes et alors commence la démence paralytique.

Les deux premiers accès sont considérés ici par M. Foville comme le début de la périencéphalite chronique et il n'y a dans tout cela, comme il le dit, qu'une *affection unique*.

Cette doctrine de la paralysie générale considérée comme maladie primitive, a été formulée par Trélat d'une façon très absolue : « Tel aliéné, dit-il, est devenu paralytique, donc il l'était depuis le début de sa maladie. »

D'après la théorie unitaire, le délire n'étant qu'un symptôme de la paralysie générale, est rattaché directement par les partisans de cette doctrine aux lésions anatomiques de cette maladie.

M. Calmeil, par exemple, l'attribue « principalement à l'état d'inflammation permanent où se trouve elle-même la substance corticale des hémisphères cérébraux. Nous ne comprenons point, ajoute-t-il, cela est évident, d'où vient la liaison qui existe si fréquemment entre la production des idées délirantes et l'existence de l'état phlegmasique de l'élément nerveux, mais nous sommes au moins forcés de reconnaître que cette liaison n'est que trop certaine. »

On peut dire, il est vrai, qu'il ne s'agit ici que de l'état inflammatoire à son début et n'ayant point encore produit les altérations de structure dont la démence et la paralysie seront plus tard l'expression symptomatique ; mais la théorie n'en reste pas moins la même.

Le délire maniaque ou mélancolique n'en est pas moins considéré comme le symptôme d'une phlegmasie déjà déclarée et dont l'évolution est désormais en quelque sorte fatale.

Telle est la doctrine unitaire; elle me paraît pouvoir être résumée par les propositions suivantes :

1^o La paralysie générale a trois ordres de symptômes essentiels, se rapportant: 1^o à la folie; 2^o à la démence; 3^o à la paralysie.

2^o La paralysie générale est une *folie paralytique* et, au point de vue nosologique, elle doit être placée dans la classe des folies. (Bayle, Parchappe, Jules Falret.)

3^o La paralysie générale, dans ses rapports avec la folie, est une maladie primitive.

4^o Les symptômes de la paralysie générale (délire, démence et paralysie) doivent être rapportés à une lésion organique des centres nerveux, prédominant dans les circonvolutions des lobes antérieurs (4).

II

THÉORIE DUALISTE

La folie paralytique et la démence paralytique sont deux maladies distinctes.

Dans un mémoire publié en 1858 et ayant pour titre *De la démence paralytique et de la manie avec délire ambitieux*, j'ai essayé de démontrer qu'il y a lieu, dans la forme maniaque de la paralysie générale, de distinguer deux maladies différentes.

L'une de ces maladies, la principale, est la *démence paralytique*.

(4) Je crois devoir faire remarquer que la théorie unitaire, telle que je l'ai exposée ici, est celle que j'ai trouvée généralement admise, lorsque j'ai publié mes premiers travaux; elle a subi depuis des modifications que j'indiquerai plus loin.

L'autre est une espèce de folie d'une nature spéciale, que j'ai désignée sous la dénomination de *folie congestive*, dénomination que je propose de remplacer aujourd'hui par celle de *folie paralytique*.

Cette opinion n'a pas été admise, et on m'a reproché de vouloir ainsi détruire l'unité de la maladie.

Cependant, beaucoup d'observations nouvelles ont été recueillies et, comme l'a dit M. Jules Falret, ces observations sont inexplicables par la théorie unitaire.

Quelles sont ces observations? Pourquoi ont-elles conduit M. Jules Falret à renoncer à la théorie généralement admise depuis si longtemps?

En examinant ces questions, il m'a semblé que les faits nouveaux qui constituent autant d'objections à la théorie unitaire, peuvent au contraire être invoqués en faveur de la théorie que j'ai exposée dans mon travail de 1858.

C'est au moins ce que j'essaierai de démontrer.

Je vais d'abord rappeler comment j'ai envisagé la paralysie générale dès le début de mes recherches. Je présenterai ensuite quelques considérations générales sur la folie paralytique.

I. — *De la paralysie générale.* Les premiers auteurs qui ont écrit sur la paralysie générale et, depuis lors, tous ceux qui les ont suivis, ont signalé la démence comme un symptôme constant et essentiel de la maladie.

Mais si tout le monde est d'accord sur ce point, on ne l'était pas moins pour accorder une importance égale au délire.

En outre, comme ce dernier symptôme prédomine pendant les premières périodes et qu'alors il remplit pour ainsi dire toute la scène, c'est lui qu'on avait adopté pour fixer la place de la paralysie générale dans le cadre nosologique. Comme je l'ai dit plus haut, la paralysie générale n'était, pour Bayle, qu'une espèce particulière de folie,

que Parchappe a désignée plus tard sous la dénomination de *folie paralytique*, encore généralement employée aujourd'hui comme synonyme de paralysie générale.

On avait bien, il est vrai, observé quelques faits de paralysie générale dans lesquels le délire avait manqué; mais ces faits n'avaient guère fixé l'attention, et comme l'a fait remarquer M. Foville, ils n'avaient « été reconnus dans le principe qu'à titre de rare exception. » Bayle lui-même, qui en avait rencontré quelques-uns, disait alors que la première période de la maladie avait manqué.

La paralysie générale, devenue ainsi une *folie paralytique*, avait donc, comme je l'ai dit, trois ordres de symptômes essentiels, se rapportant : 1^o au délire; 2^o à la démence; 3^o à la paralysie; elle constituait donc, selon l'expression de M. Ball, une *trilogie*.

Telle est la doctrine que j'ai essayé de combattre, lorsque j'ai publié mes premiers travaux sur la paralysie générale. Je me suis efforcé de démontrer qu'il y a des cas assez nombreux de paralysie générale sans délire, et que par conséquent ce symptôme ne pouvait continuer à être considéré comme essentiel. La maladie réduite ainsi à deux ordres de symptômes (démence et paralysie), devait donc cesser d'être regardée comme une espèce de *folie*; elle devenait uniquement et essentiellement une *démence paralytique*.

En 1816, je définissais la paralysie générale « une maladie apyrétique, ordinairement de longue durée, principalement caractérisée par l'embarras de la parole, la paralysie progressive des membres et par la démence. »

Dans cette définition, comme on le voit, je ne mentionnais pas le *délire*, mais uniquement les symptômes de *démence* et de *paralysie*.

En mai 1847, je publiais une note, dont les deux dernières conclusions étaient les suivantes :

1^o Que, dans la paralysie générale, la folie n'est qu'un

phénomène secondaire, existant le plus souvent, mais pouvant manquer dans un grand nombre de cas ;

2^o Que la paralysie générale doit être *complètement séparée de la folie* et regardée comme une maladie spéciale indépendante.

Cette opinion était basée sur des observations déjà assez nombreuses, recueillies à la Salpêtrière, où l'on amenait souvent dans mon service des femmes atteintes de démence paralytique à un degré avancé, mais sans conceptions délirantes. Quelques-unes de ces femmes sortaient des hôpitaux où elles avaient séjourné longtemps ; d'autres n'avaient été séquestrées que parce qu'elles se perdaient dans les rues et que leur mémoire était si affaiblie que parfois elles ne pouvaient plus même indiquer leur domicile.

Des recherches, faites dans les hôpitaux ordinaires par M. Lunier, lui ont permis de recueillir des observations semblables et qui n'ont fait que confirmer l'opinion que j'avais émise, à savoir que la paralysie générale existe assez souvent sans délire et qu'elle constitue une maladie spéciale, indépendante de la folie (1).

Depuis lors, je n'ai jamais cessé de défendre cette opinion.

Dans la longue discussion qui eut lieu à la Société médico-psychologique en 1859, après avoir essayé de démontrer combien il était difficile aux partisans de la doctrine unitaire de bien délimiter la maladie et de lui assigner des caractères pathognomoniques, je m'exprimais de la manière suivante : « Au contraire, dans l'ordre d'idées que je m'efforce de faire admettre, la maladie est très nettement circonscrite. Non seulement, la folie ne lui sert plus de dénomination, mais la folie n'est plus un symptôme constant. La paralysie générale existe pour moi, souvent sans folie, et le

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1849, tome I. Ce mémoire de M. Lunier avait été envoyé, en septembre 1847, pour le concours des prix de l'internat.

délire n'est point un symptôme pathognomonique. Restent donc seulement les signes de démence et de paralysie. *La paralysie générale n'est donc essentiellement qu'une démence paralytique.* »

La paralysie générale, dans le cadre nosologique, me paraissait donc devoir être séparée de la classe des folies, où les travaux de Bayle, de Parchappe, de M. Jules Falret, etc., l'avaient maintenue, pour être placée dans la classe des *démences paralytiques*.

Cette opinion, que la paralysie générale n'a que deux ordres de symptômes essentiels, a été admise par un certain nombre d'auteurs. Je me bornerai à en citer deux, qui ont écrit à vingt-cinq ans d'intervalle.

Voici ce qu'écrivait, en 1853, M. Sauze : « Pour M. Bailarger, à l'opinion duquel nous nous rangeons complètement, deux ordres de phénomènes caractérisent principalement la paralysie générale des aliénés : *la démence et l'affaiblissement des mouvements.* »

D'autre part, M. Foville, dans le Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques (1878), s'exprime sur ce point de la manière suivante : — La paralysie générale est caractérisée, dit-il, « par un ensemble de symptômes dont les uns, *fondamentaux, constants*, consistent dans l'affaiblissement progressif de l'intelligence et de la motilité (*démence et paralysie*), et les autres, complémentaires, *accessoires*, souvent temporaires, consistent dans la perversion des mêmes fonctions (*délire ambitieux, hypochondriaque, instinctif*, contractures, spasmes, convulsions).

Ainsi, il n'y a, dans la paralysie générale, que deux ordres de symptômes constants et fondamentaux (*démence et paralysie*).

Le délire est devenu un *symptôme accessoire*.

Tout le monde reconnaît aujourd'hui qu'il y a des cas assez nombreux de paralysie générale sans délire, et M. Charcot en citait récemment un curieux exemple dans

lequel la maladie avait été précédée de *migraine ophthalmique*. M. Charcot ajoute à la suite de cette observation qu'il s'agit là d'un *cas vulgaire et des plus classiques*.

Désormais, la dissidence n'est donc plus là, elle consiste en ceci :

On admet généralement que cette démence paralytique sans délire n'est que l'une des formes de la paralysie générale (forme démente, forme paralytique) (4).

Or je crois, au contraire, que la démence paralytique est la *seule forme simple* de la maladie et qu'elle constitue la maladie elle-même. Les autres formes, et en particulier les formes vésaniques (forme maniaque et forme mélancolique), devraient être considérées comme des formes compliquées.

La paralysie générale, ainsi envisagée et réduite à ce type vulgaire et classique de la démence paralytique, est, comme on le sait, une maladie chronique d'un aspect unique dont la marche est lente et progressive et qui est toujours incurable.

Les lésions macroscopiques principales qu'elle laisse après elle, sont :

1^o Une désorganisation de la couche corticale qui, au lieu de conserver son aspect homogène, se transforme peu à peu en petites masses granuleuses, isolées les unes des autres (2).

(4) « Cette forme, dit M. Foville, la plus simple et l'une des plus fréquentes, bien que l'existence n'en ait été reconnue dans le principe qu'à titre de rare exception et que plusieurs des ouvrages les plus récents ne lui fassent encore qu'une part bien étroite, est celle qu'on peut désigner sous le nom de *démence paralytique primitive*. »

(2) M. Lasalle, dans sa thèse sur la paralysie générale, me paraît avoir donné une excellente description de l'altération que subit la substance grise dans la paralysie générale. « Ce n'est plus, dit-il, sous l'aspect d'une pulpe homogène qu'elle se présente ; elle forme une masse de granulations entre lesquelles on trouve beaucoup de sang à l'état d'infiltration ou de

2° Une induration spéciale des couches les plus superficielles de la substance blanche des circonvolutions (1).

A ces deux lésions principales se joignent, dans la très grande majorité des cas, des adhérences des membranes à la couche corticale, qui s'enlève par plaques, et une atrophie souvent très prononcée du cerveau, si la maladie s'est prolongée longtemps.

Que les lésions périphériques s'étendent progressivement à tout le système nerveux central, ou bien que ces lésions commencent par la moelle ou autour des ventricules, cela à mon avis ne modifie en rien la question principale, à savoir que la démence paralytique est avant tout l'expression symptomatique d'une lésion organique des circonvolutions, et principalement, des circonvolutions des lobes antérieurs. La maladie n'existe qu'à cette condition, comme l'atteste d'ailleurs la démence, l'un de ses symptômes pathognomoniques. En résumé, je crois pouvoir conclure :

4° Que la paralysie générale est essentiellement une démence paralytique.

mélange, ce qui donne lieu à ces teintes panachées de rose et de violet qu'on observe dans son épaisseur. Ce n'est point un ramollissement général, mais une sorte de désagrégation des particules organiques ; les granulations, faiblement unies entre elles, présentent isolément une assez grande fermeté, comme nous en avons fait l'expérience bien des fois, en écrasant avec la pulpe du doigt les petites masses granuleuses qui étaient restées aux membranes. »

(4) On constate facilement cette altération en grattant la substance grise avec le dos d'un scalpel. Arrivé à la substance blanche, celle-ci résiste au grattage et on met à nu les crêtes des circonvolutions qui ont quelquefois une telle consistance qu'on pourrait les comparer à l'épiglote. J'ai présenté, pour la première fois, des préparations de ce genre à la Société médico-psychologique en 1855 (*Annales médico-psychologiques*, t. IX.) Depuis lors, un de mes anciens élèves, M. Regnard a publié un travail sur ce sujet et très récemment, M. Rey a confirmé par de nouvelles recherches cette sclérose des couches les plus superficielles de la substance blanche.

2° Qu'elle n'a pas trois ordres de symptômes essentiels (délire, démence et paralysie), elle n'en a que deux (démence et paralysie).

3° Qu'au point de vue nosologique, elle doit être placée non dans la classe des *folies*, mais dans celle des *démences paralytiques*.

II. — *De la folie paralytique.* — Personne ne conteste que les accès de délire maniaque ou de délire mélancolique, qui éclatent au début ou dans le cours de la paralysie générale, n'aient des caractères spéciaux, et qu'en même temps ces accès n'offrent cependant la plus grande ressemblance avec les accès de folie simple. Cette ressemblance, on le sait, est même parfois si grande qu'on est obligé de suspendre le diagnostic.

Quand M. Calmeil a dû décrire ces accès de manie paralytique, il s'est arrêté, ajoutant qu'il « était inutile de reproduire *tous les traits de la manie*. »

On pourrait dire, et plus justement encore, la même chose des accès de mélancolie, car tout le monde s'accorde à reconnaître que ces accès sont souvent difficiles à distinguer de la mélancolie simple.

Il convient d'ajouter que les accès de folie paralytique ont, comme les accès de folie simple, une tendance à se reproduire sous le type intermittent, mais que surtout on voit dans beaucoup de cas, chez le même malade, l'accès maniaque être remplacé par l'accès mélancolique ou *vice-versa*. C'est assurément l'un des traits les plus importants entre tous ceux qui rapprochent la folie paralytique de la folie simple.

Il faut encore noter que les deux espèces de folie ont une même tendance à la guérison, et je crois avoir démontré que ce sont ces guérisons très fréquentes des accès de folie paralytique qui constituent en réalité ce qu'on appelle *les rémissions* de la paralysie générale.

La folie paralytique s'observe surtout sous la forme maniaque et sous la forme mélancolique.

La manie paralytique a pour caractère essentiel un délire ambitieux diffus et incohérent, et qui prédomine à ce point pendant toute la durée de l'accès qu'il lui imprime un caractère vraiment spécial. Ce délire a été si souvent décrit qu'il est inutile d'en reproduire le tableau. Je me borne à faire remarquer qu'il offre des degrés qui s'expliquent en général par les différences qu'offre elle-même l'excitation maniaque. Sous ce rapport, en effet, on observe dans la manie paralytique les mêmes degrés que dans la manie simple : excitation maniaque, manie, manie aiguë, enfin dans quelques cas, la maladie passe au délire aigu.

Au délire ambitieux diffus et incohérent, symptôme essentiel de la maladie, se joignent le plus souvent, tantôt dès le début, tantôt à une époque variable, des symptômes somatiques, dont les principaux sont l'hésitation de la parole et l'inégalité des pupilles; mais il importe de faire remarquer que ces symptômes peuvent manquer et qu'en outre, l'hésitation de la parole surtout est souvent passagère et difficile à constater. Ces symptômes somatiques diffèrent donc, sous ce rapport, du délire, symptôme essentiel qui existe dès le début et qui continue pendant toute la durée de l'accès.

La mélancolie paralytique a aussi, comme la manie, pour symptôme essentiel un délire spécial. Ce délire est caractérisé par des conceptions délirantes de nature hypochondriaque, offrant un cachet particulier d'absurdité et, le plus souvent aussi, de mobilité. Je crois d'ailleurs inutile de rappeler ici les variétés de ce délire hypochondriaque spécial qui a été souvent décrit.

A ce caractère essentiel de la mélancolie paralytique se joignent le plus souvent les mêmes symptômes somatiques que dans la manie, l'hésitation de la parole et l'inégalité des pupilles.

La mélancolie paralytique offre d'ailleurs, comme la mélancolie simple, des degrés très différents, depuis la simple dépression mélancolique jusqu'à la mélancolie avec stupeur.

Ajoutons cependant, comme caractère particulier, qu'au délire hypochondriaque spécial se joignent souvent des conceptions délirantes, qui ne diffèrent en rien de celles de la mélancolie simple.

Je ne parle point ici des lésions anatomiques de la folie paralytique; on verra plus loin que ces lésions ne sont pas mieux connues que celles de la folie simple; mais il y a un point sur lequel il importe d'insister: je veux parler du rapport qui existe entre la folie paralytique et les attaques congestives.

On sait que Bayle regardait la congestion cérébrale comme la cause prochaine de la paralysie générale. Or, le délire des grandeurs étant au début de la maladie le symptôme prédominant, ce délire est en réalité l'une des premières manifestations de l'état congestif.

Rien de plus commun, en effet, que de voir éclater le délire paralytique quelques heures ou quelques jours après une attaque de congestion. On pourrait citer beaucoup de faits curieux, établissant ce rapport étroit du délire des grandeurs et des poussées congestives.

Bayle rapporte l'histoire d'une femme qui avait eu, à des intervalles assez éloignés, trois attaques congestives et chez laquelle, après chacune de ces attaques, on avait observé un délire ambitieux très passager.

Un malade, cité par M. Calmeil, se croyait sénateur chaque fois qu'il éprouvait des signes de congestion vers le cerveau.

M. Moreau (de Tours) a vu un épileptique qui manifestait des idées de grandeurs après chacun de ses accès.

L'opinion de Bayle a d'ailleurs été admise, sous ce rapport, par tous les auteurs. Parchappe déclare que, quand il

apprenait qu'un malade, avant son admission dans l'asile, avait eu une attaque congestive, il était porté à admettre d'après ce seul fait, que ce malade devait être atteint de folie paralytique.

D'après Aubanel, les poussées congestives sont presque toujours suivies d'une exacerbation du délire des grandeurs.

Sans insister davantage sur ce fait, qui établit une grande différence entre la folie simple et la folie paralytique, je ferai remarquer qu'il explique la gravité spéciale de cette dernière espèce de folie et comment elle est, dans beaucoup de cas, suivie très rapidement de lésions irrémédiables de la substance cérébrale.

Tels sont les caractères spéciaux de la manie et de la mélancolie paralytique.

Comme je l'ai dit plus haut, personne ne nie ces caractères spéciaux.

Ce qu'on n'accorde pas, c'est que les accès de folie, dans lesquels on les observe, aient une existence qui leur soit propre.

Quand un accès de manie, par exemple, n'est caractérisé que par le délire ambitieux, diffus et incohérent, et que ce délire n'est associé à aucun symptôme somatique, certains auteurs regardent cet accès comme appartenant à la manie simple; d'autres, plus hardis ou, comme le disait Parchappe, plus téméraires, assimilent, dès le début, cet accès à la paralysie générale, dont il ne serait pour eux que la première phase.

Si, au contraire, l'accès de manie avec délire des grandeurs est associé à des symptômes somatiques (hésitation de la parole, inégalité des pupilles), tous les auteurs sont d'accord pour le regarder comme le début de la paralysie générale.

La théorie que j'ai proposée et d'après laquelle la folie paralytique et la paralysie générale devraient être considé-

rées comme deux maladies distinctes, n'a donc pas été admise. Je dois cependant essayer de démontrer que quelques auteurs s'en sont plus ou moins rapprochés.

M. Dagonet admet, en dehors de la paralysie générale, l'existence d'une folie spéciale sous la dénomination de *folie congestive*; mais il semble dans le plus grand nombre des cas au moins la rattacher à l'alcoolisme.

« Sous le nom de manie congestive, on a désigné, dit-il, une forme d'aliénation mentale particulièrement liée à un embarras de la circulation cérébrale. Admise par quelques auteurs, elle a été rejetée par d'autres; son existence ne nous paraît cependant pas devoir être mise en doute; nous devons ajouter qu'on l'observe d'une manière assez fréquente à la suite d'excès alcooliques. Les symptômes qui la caractérisent et la physionomie qu'elle présente la font souvent confondre avec la paralysie générale. C'est, en effet, le même état d'oppression cérébrale, de trouble intellectuel profond, d'affaiblissement des facultés et même d'accidents paralysiformes et de délire ambitieux que l'on rencontre dans la paralysie générale.

» Il importe cependant de ne pas confondre ces deux maladies entre elles; le pronostic diffère essentiellement dans l'un ou l'autre cas; et ce serait, en effet, chose regrettable, au point de vue scientifique, comme à celui du traitement et surtout dans l'intérêt de l'individu et dans celui de la famille, de diagnostiquer une affection absolument incurable. L'erreur serait d'autant plus fâcheuse que, dans la plupart des circonstances, l'événement ne tarderait pas à démentir un jugement porté avec trop de précipitation. On voit, en effet, des malades se rétablir complètement et presque miraculeusement après avoir présenté les signes en apparence les plus graves et qui pouvaient faire croire à une paralysie générale même déjà avancée.

» Quelques médecins ont bien prétendu qu'il n'y avait là qu'un temps d'arrêt, une sorte de rémission plus mar-

quée et que l'individu, tôt ou tard, devait être repris de sa paralysie générale, à moins qu'il ne fût enlevé par quelque maladie incidente. Cette assertion nous paraît inadmissible. Les faits rapportés par des médecins d'une autorité incontestable, ceux que nous avons nous-même observés, ne nous permettent pas d'adopter cette manière de voir. »

(*Annales médico-psychologiques*, tome IX, 1873, p. 444.)

Je crois devoir faire remarquer que, si le pronostic des folies congestives d'origine alcoolique est un peu moins grave, cela ne change rien à leur nature. M. Dagonet ajoute en effet que si le malade, après sa guérison, reprend ses habitudes d'intempérance, il n'est pas rare de voir éclater un second accès de *manie congestive*, bientôt suivi de démence paralytique.

M. le docteur Nasse, médecin de l'asile de Siegburg, qui a publié en 1870 un intéressant travail dans lequel il a beaucoup insisté sur les *pseudo-paralysies générales alcooliques*, dont il a rapporté neuf observations, a appelé en même temps dans ce travail l'attention sur des cas plus ou moins remarquables de longues rémissions ou même de guérison.

Etant admis que la paralysie générale est incurable, il se demande de quelle manière on pourrait expliquer ces différences dans le mode de terminaison de la maladie. « Une réponse à cette question, dit-il, est d'autant plus difficile qu'on n'est pas encore d'accord sur le substratum anatomique de la paralysie générale, malgré toutes les nouvelles recherches anatomo-pathologiques. En face de cette incertitude, ajoute-t-il, on est tenté de reconnaître une certaine exactitude dans les opinions des auteurs français... »

Il indique plus loin quelles sont les opinions dont il veut parler; il s'agit d'abord de celle de Bayle qui, comme on le sait, expliquait les symptômes de paralysie, dans les premières périodes de la maladie, par un

simple état congestif des membranes et du cerveau. Il n'y aurait donc point encore de désorganisation et cela étant admis, M. Nasse fait remarquer avec raison qu'on se rendrait alors plus aisément compte des guérisons et des rémissions de longue durée.

Ainsi, comme on le voit, l'auteur serait tenté de se rapprocher de la théorie de la congestion, au moins pour les premières périodes, et il ajoute: « Par conséquent, M. Bailarger pourrait bien avoir raison en distinguant une démence paralytique et une manie avec délire ambitieux et symptômes paralytiques. » Il renvoie ensuite à deux des observations qu'il a citées dans son mémoire, observations qui rentreraient, en effet, dans les cas de manie congestive.

M. Magnan n'admet pas, ainsi que le fait M. Dagonet, l'existence de la manie congestive comme maladie indépendante de la paralysie générale; mais il reconnaît que la folie, associée à la paralysie générale, doit être considérée comme une affection distincte. D'après cet auteur, il importe de distinguer dans la paralysie générale deux maladies.

La première est la *démence paralytique*, c'est la maladie principale, « elle est permanente, continue, progressive, à tendance fatale: elle a des lésions déterminées, des symptômes propres constamment les mêmes. »

La seconde maladie est la folie. C'est la maladie accessoire; « elle est irrégulière, passagère, elle dépend le plus souvent de la congestion et présente les manifestations les plus opposées. »

D'après M. Magnan, cette seconde maladie, avec ses manifestations bruyantes et variées, se greffe sur la démence paralytique dont la marche, au contraire, est lente et uniforme.

Un auteur allemand souvent cité aujourd'hui, M. Krafft-Ebing, ne considère pas le délire comme n'étant qu'un symptôme de la paralysie générale, symptôme qui avec des caractères différents s'observerait tantôt dans la forme maniaque, tantôt dans la forme mélancolique; mais il ne

va, pas non plus jusqu'à admettre, comme M. Magnan, que la folie est ici une maladie distincte. Elle constituerait seulement pour lui des *états morbides* changeants, ayant l'aspect de la manie ou de la mélancolie et qui se développeraient sur un fonds commun qui n'est autre que la démence paralytique.

Je rappellerai que ces *états morbides*, comme je l'ai dit plus haut, ressemblent souvent si complètement à la manie et à la mélancolie, qu'on est obligé de suspendre le diagnostic. Ils sont donc formés d'une réunion de symptômes toujours les mêmes, apparaissant et disparaissant ensemble, ayant par conséquent entre eux les liens les plus étroits et, comme le dit M. Foville en parlant de la *manie congestive*, il s'agit là « d'un *ensemble* de symptômes bien reconnaissables, dont la réunion forme un *état morbide à part* » ; ces accès constituent alors souvent, selon l'expression du même auteur, des « *épisodes aigus faisant saillie sur le fonds commun de la maladie qui existait avant et qui continue après.* »

Or, si ces états morbides spéciaux ne sont pas considérés ici par M. Krafft-Ebing et par M. Foville comme des maladies distinctes, ils sont au moins des *syndromes* très-remarquables qui se greffent et font saillie sur la démence paralytique.

M. Jules Falret qui, comme on l'a vu plus haut, abandonne aujourd'hui la théorie unitaire, s'est aussi arrêté sur cette question, dans la discussion qui a eu lieu, il y a quelques années, à la Société médico-psychologique sur la paralysie générale. Il ne paraîtrait pas éloigné d'admettre qu'« il y a dans toutes les variétés de la paralysie générale un *dessous commun* sur lequel viennent se greffer des *symptômes variés*, produisant alors de véritables *maladies distinctes.* »

M. Jules Falret ne dit pas quelles sont les *maladies distinctes*, qui se grefferaient ainsi sur la démence paralytique; mais, quelles qu'elles soient, la théorie unitaire ne s'en trouverait pas moins détruite.

Je crois qu'il n'est pas tout à fait exact de représenter le délire comme *greffé* sur la démence paralytique, et je préférerais dire avec M. Foville, qu'il lui sert de *revêtement*. Il n'y a pas ici, en effet, deux états morbides intimement unis, vivant désormais d'une vie commune et la preuve, c'est que les accès de folie guérissent souvent, laissant la maladie primitive et principale poursuivre son cours.

Quand un accès de délire maniaque, par exemple, éclate chez un malade au début de la démence paralytique, on voit souvent, en effet, après un ou plusieurs mois, l'agitation se calmer peu à peu, puis les conceptions délirantes elles-mêmes s'effacent, et enfin le malade revient à la raison, bientôt il peut sortir de l'asile et être rendu à sa famille. Cependant ce malade, guéri de son accès de manie, conserve des signes manifestes d'affaiblissement intellectuel, et souvent même des signes d'affaiblissement musculaire.

Après une rémission plus ou moins longue, on pourra observer chez le même malade un second accès de délire, semblable au premier, ou qui offrira des caractères différents. Dans quelques cas, ce second accès guérira encore, laissant toujours derrière lui les symptômes plus ou moins accentués de la démence paralytique.

Je me bornerai à citer à cet égard un seul fait.

M. Foville rapporte l'observation d'un malade atteint d'un commencement de démence paralytique et qui, après avoir eu un accès de manie avec délire des grandeurs dont il avait guéri, resta pendant une année entière dans un état de rémission. Alors survint un second accès, mais d'une nature différente : au lieu du délire ambitieux, il y avait prédominance d'idées hypochondriaques. Ce second accès semblait guérir comme le premier. Le malade, dit M. Foville, « s'est relevé de nouveau et paraît *une seconde fois en convalescence* (4).

(4) *Etude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs*, p. 430.

D'après la doctrine unitaire, la folie n'est qu'un symptôme de la paralysie générale; or, on ne dit pas qu'un malade entre en *convalescence* d'un symptôme, et M. Foville n'a rien voulu dire de semblable. D'autre part, il est bien évident qu'il ne s'agit pas ici de la *convalescence* de la démence paralytique, état tout à fait irrémédiable. Ce mot de *convalescence* ne peut donc s'appliquer ici qu'aux accès de manie et de mélancolie, c'est-à-dire à ces états morbides spéciaux, ou si l'on veut, à ces syndromes qui font saillie sur la démence paralytique ou qui se grefferaient sur elle.

Ne ressort-il pas de tout ce qui précède qu'on peut dans la paralysie générale distinguer deux choses : la démence paralytique et la folie (Magnan), un dessous commun sur lequel se grefferaient des maladies distinctes (Jules Falret), la démence paralytique et des syndromes changeants qui ressemblent à la manie et à la mélancolie (Krafft-Ebing), la démence paralytique et des épisodes aigus constituant un état morbide à part (Foville) ?

Quel rôle peut-on assigner ici à la folie, à ces *syndromes*, à ces *épisodes aigus*, si ce n'est celui de complication ? Or, qu'ai-je essayé de démontrer en 1858 ? Que la manie congestive, quand elle éclate au début ou dans le cours de la démence paralytique, doit être considérée comme une complication de cette maladie.

Il me semble donc que, sur ce point, la divergence pourrait assez facilement cesser.

On voit que si la théorie que j'ai proposée n'a point été admise, on ne peut pas dire non plus qu'elle ait été complètement rejetée. Les partisans de la doctrine unitaire, en constatant la guérison fréquente des accès de manie ou de mélancolie surajoutés à la démence paralytique, ont eux-mêmes fourni des arguments en sa faveur.

Je n'ai parlé jusqu'ici que des accès de folie paralytique qui éclatent chez les malades offrant déjà des signes cer-

tains de démence. Souvent cependant ces mêmes accès s'observent chez des sujets qui n'ont présenté jusque-là aucun signe d'affaiblissement intellectuel.

On a, je crois, beaucoup exagéré le nombre de cas, où l'on suppose que la démence est *masquée* au début par l'exubérance du délire; on sait d'ailleurs qu'il est fort difficile de distinguer, dans ces conditions, la démence véritable de la *pseudo-démence*, et j'ai moi-même attiré l'attention sur ce point dans un mémoire publié en 1879 (4).

L'apparition quelquefois très tardive de la démence, est d'ailleurs démontrée par les guérisons temporaires qu'on a eu le tort de ne pas séparer des simples rémissions, comme je l'ai déjà fait remarquer dans mon travail de 1858 (2).

M. Calmeil rapporte l'observation d'un malade qui, après un accès de paralysie générale avec embarras de la parole et qui avait duré six mois, sortit de Charenton ne présentant aucun signe de démence ni aucune lésion apparente des mouvements. Ce malade, dit M. Calmeil, « avait pu se remettre plus tard à la tête de son emploi, s'occuper habile-

(4) *Annales médico-psychologiques*, 1879, t. 4.

(2) Je crois devoir rappeler ici le passage suivant de ce travail : « J'ai longtemps partagé l'opinion générale sur ces rémissions, mais des exemples récents me font penser que si l'on avait suivi les malades plus longtemps, on serait arrivé à constater qu'il en est qui ne conservent absolument rien d'appréciable de leur ancienne maladie. Or, quand ceux-là retombent malades, comme cela arrive en effet trop souvent, il s'agit bien réellement d'une *récidive*, et il n'y a pas eu, dans ce cas, simple *rémission*.

» On sait que les congestions ont la plus grande tendance à se reproduire quand elles ont eu lieu une première fois, et il n'y a rien d'étonnant qu'il en soit ainsi dans une maladie dont le point de départ est la congestion cérébrale, ou plutôt qui n'est elle-même qu'une forme de cette congestion; il faut dire aussi que ces rechutes sont souvent provoquées par des causes très faciles à apprécier, et j'en pourrais citer plusieurs exemples. » (*Annales médico-psychologiques*, 1858, t. 4, p. 396.)

ment d'affaires administratives d'une grande importance, faire des voyages, des spéculations d'intérêt. On pouvait donc le considérer comme entièrement guéri de sa première atteinte de péri-encéphalite. »

Plus tard, à la suite de plusieurs attaques de congestion cérébrale, ce malade tomba dans la démence paralytique.

On peut admettre que ces guérisons temporaires sont plus ou moins nombreuses, mais il est certain qu'elles existent; or, les malades ne conservant après la guérison de leur accès aucun signe de démence ni de paralysie, il en résulte que la démence commence alors au plus tôt avec le second accès, c'est-à-dire dans certains cas, un an ou même deux ans après ce qu'on regarde comme le début de la maladie.

Ce fait me paraît avoir une assez grande importance, car chez le malade de M. Calmeil, par exemple, la paralysie générale, pendant un accès qui a duré *six mois*, n'a été caractérisée, au point de vue psychique, que par le délire qu'on s'accorde généralement aujourd'hui à considérer comme un symptôme accessoire, tandis que la démence, symptôme essentiel, a complètement manqué.

Je rappellerai que Guislain a fait remarquer, il y a longtemps déjà, qu'il y a dans la paralysie générale des symptômes passagers de paralysie et des symptômes permanents et progressifs qu'on observe à une période plus avancée. Les premiers, qui ne sont que des signes d'ataxie musculaire, peuvent être rattachés à des phénomènes congestifs; ils disparaissent avec le délire, et on a vu que le malade de M. Calmeil n'en présentait plus aucune trace après sa guérison. Les seconds, au contraire, sont l'expression symptomatique d'une lésion organique incurable.

On peut donc admettre que, dans tous les cas de guérisons temporaires, les symptômes essentiels de la maladie : démence et paralysie, ne commencent qu'avec le second

accès. La démence paralytique succède alors à des accès de délire, accompagnés de signes passagers d'ataxie musculaire.

Or, si on peut démontrer, comme j'espère le faire, que ces accès ont une existence qui leur est propre et qu'ils ne sont pas la première période de la paralysie générale, il en résultera que celle-ci devient dans tous ces cas une maladie secondaire.

En résumé, d'après la théorie que je défends, il y aurait lieu d'admettre les propositions suivantes :

1^o La paralysie générale n'a pas trois ordres de symptômes pathognomoniques (délire, démence et paralysie) ; elle n'en a que deux, se rapportant à la démence et à la paralysie.

2^o La paralysie générale est essentiellement et uniquement une démence paralytique ; elle constitue une maladie spéciale, parfaitement limitée et tout à fait indépendante de la folie ; elle doit donc dans le cadre nosologique être placée non dans la classe des folies, mais dans celles des démences paralytiques.

3^o Il existe, en dehors de la folie simple et de la paralysie générale, une espèce de folie d'une nature spéciale et que j'avais cru d'abord devoir désigner sous la dénomination de *folie congestive*, dénomination que je propose aujourd'hui de remplacer par celle de *folie paralytique*.

4^o Ce qu'on appelle les formes maniaques et mélancoliques de la paralysie générale, ne seraient pas, comme on l'admet généralement, des formes simples de la maladie, mais bien des formes compliquées de folie paralytique.

5^o La folie paralytique précède souvent la paralysie générale, et cette dernière maladie doit alors être considérée comme secondaire.

III

LES DEUX THÉORIES ET LES FAITS CLINIQUES

I. — *Les pseudo-paralysies générales.*

Il y a quelques années, M. Al. Fournier a publié une leçon sur les *pseudo-paralysies générales* d'origine syphilitique(1). Plus récemment M. Ball a fait à l'asile Sainte-Anne une leçon sur les *pseudo-paralysies générales alcooliques*.

M. Régis a inséré dans les *Annales médico-psychologiques* un intéressant mémoire sur les *pseudo-paralysies générales d'origine saturnine*; enfin plusieurs jeunes médecins ont pris pour sujet de leur thèse l'étude des *pseudo-paralysies générales* (2).

L'histoire déjà si étendue de la paralysie générale va donc bientôt compter un chapitre de plus. Bien que ce chapitre ne fasse que commencer et que les observations soient encore peu nombreuses, ces observations concordent si bien avec les données fournies par la clinique, qu'elles me paraissent avoir une assez grande importance pour la théorie générale de la maladie.

J'ai réuni une quinzaine d'observations, empruntées à divers auteurs et qui toutes tendent à prouver que les lésions de la péri-encéphalite chronique peuvent manquer chez des malades qui ont offert, pendant un temps plus ou moins long, les symptômes psychiques et somatiques de la folie paralytique.

Je me bornerai à rappeler ici d'une manière très succincte quatre de ces faits (3).

(1) *Syphilis du cerveau*, page 333.

(2) Régis, sur les *pseudo-paralysies générales d'origine saturnine*. *Annales médico-psychologiques* 18...

(3) Les autres observations sont empruntées aux ouvrages de Parchappe, Guislain, de MM. Calmeil, Westphal, Voisin et Doubreton. Plusieurs ont été recueillies par moi-même.

Première observation (M. FOVILLE).

Officier de trente-neuf ans, atteint de syphilis. Deux congestions cérébrales. Hémiplegie.

« Tous les troubles intellectuels constatés chez ce malade, dit M. Foville, étaient ceux qui sont propres à la démence paralytique avec idées de grandeurs. » Puis il ajoute que la parole présentait, par moments surtout, quand le malade parlait un certain temps, « *un embarras parfaitement identique* à celui de beaucoup d'aliénés paralytiques. »

Durée de la maladie, dix mois.

Autopsie. — « Méninges claires et minces; ni opacité ni épaissement, pas d'injection marquée ni d'ecchymoses; Partout elles s'enlèvent facilement, se séparent sans aucune résistance de la substance corticale à laquelle elles ne tiennent par aucune adhérence, sauf sur un point limité dont nous allons parler. La surface des circonvolutions est saine, plutôt pâle que rouge, d'une consistance uniformément normale, aucune trace d'ulcération superficielle; en raclant avec un scalpel, on ne détache pas de pellicule; aucun ramollissement granuleux de la couche moyenne de la substance grise (1). »

On trouva seulement dans le cerveau trois petites tumeurs gommeuses disséminées : l'une d'elles était située à la surface, et c'est sur cette petite tumeur qu'existait l'adhérence dont parle M. Foville. Cette adhérence n'avait donc rien de commun avec celles que l'on rencontre dans la paralysie générale.

Deuxième observation (RENAULT DU MOTET).

— Homme de quarante-neuf ans. — Paraplégie, trace d'hémiplegie faciale. — Délire des grandeurs tout à fait exubérant : le malade prétend qu'il a hérité de treize millions

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1879, t. 4.

de doublons d'Espagne; il est surveillant de l'empereur; il forme les projets les plus gigantesques; il est appelé à rendre à l'Etat les plus grands services, il a une force herculéenne. Hallucinations de la vue et de l'ouïe, embarras *très grand de la parole*, signes de démence.

Durée de la maladie, treize mois.

Autopsie.—« Arachnoïde transparente, parfaitement saine, aucune trace d'adhérence des membranes; après leur enlèvement, cerveau *lisse et poli*. Les substances grises et blanches du cerveau sont légèrement injectées, mais leur *cohésion est normale*. On n'y découvre aucun point dont la *coloration ou la consistance soit équivoque* (1). »

Troisième observation (M. RÉGIS).

Homme de cinquante-sept ans, séquestré trois fois pour alcoolisme; à chacun des accès, signes de plus en plus marqués de paralysie générale. Lors de la troisième entrée à l'asile, délire ambitieux incohérent, alternant avec des idées hypochondriaques, affaiblissement intellectuel; hésitation dans la parole, inégalité des pupilles, tremblement de la langue et des mains. Le malade, qui était déjà de nouveau dans un état de rémission, meurt d'une attaque d'apoplexie.

Durée de la maladie, quatorze mois.

Autopsie.—« Aucune adhérence des méninges à la couche corticale, pas de granulations sur les épendymes des ventricules; rien à la coupe.

» Il existait dans la grande cavité de l'arachnoïde une hémorragie qui avait entraîné rapidement la mort. »

Quatrième observation (PARCHAPPE).

Femme de cinquante-deux ans. Agitation maniaque avec délire ambitieux, embarras de la parole non continu, mais poussé parfois si loin que la malade ne pouvait plus

(1) *Archives cliniques*, tome 1, page 365.

articuler : plus tard, conceptions délirantes hypochondriaques. Pendant la dernière année, l'embarras de la parole a disparu, signes de démence.

Durée de la maladie, trois ans.

Autopsie. — « *Point d'épaississement des membranes, substance grise et blanche saines, fermes; circonvolutions minces, petites, anfractuosités peu profondes.* »

Les recherches microscopiques ont permis de constater que les lésions organiques commencent par les parois des petits vaisseaux, que ces altérations sont les plus constantes et qu'en outre elles sont le point de départ des autres lésions. Or, il est des cas rares, il est vrai, où la paralysie générale s'est prolongée six mois ou même une année, et dans lesquels les petits vaisseaux sont trouvés exempts de toute altération à part l'hyperémie. C'est au moins ce qu'affirme le docteur Mendel dans le récent traité de la paralysie générale qu'il vient de publier. L'examen microscopique confirmerait donc, dans quelques cas, les faits qui viennent d'être cités et dans lesquels on s'est borné à constater l'absence des lésions macroscopiques du cerveau (Mendel, p. 550).

Que peut-on conclure de ces faits?

M. Foville, après avoir rappelé que l'état mental de son malade « a été une démence avec prédominance du délire des grandeurs mobile, absurde et incohérent, état mental qui, dit-il, est exactement celui de beaucoup d'aliénés paralytiques et que cependant à l'autopsie on a pu constater l'absence des lésions anatomiques propres à cette affection, » M. Foville ajoute : « Qu'en conclure sinon que l'existence de ces symptômes intellectuels n'est pas fatalement subordonnée à celles de ces lésions. »

M. Régis, de son côté, a tiré exactement la même conséquence, à savoir :

« Qu'il n'existe pas une relation *forcée absolue* entre les

symptômes de la paralysie générale et les lésions propres à cette maladie. »

M. Mendel a conclu, comme M. Foville et comme M. Régis; l'absence des altérations des vaisseaux capillaires démontre, dit-il, que ces altérations ne sont pas le point de départ *nécessaire* des symptômes de la paralysie générale.

Je crois devoir faire remarquer que M. Foville n'a parlé que des symptômes psychiques de la maladie (délire ambitieux, diffus et incohérent, démence), tandis que M. Régis comprend en même temps les symptômes psychiques et somatiques; mais il convient de rappeler que le malade de M. Foville présentait par moments un embarras de la parole parfaitement *identique* à celui de beaucoup d'aliénés paralytiques.

On doit se demander comment, dans les cas qui précèdent, on peut expliquer les symptômes psychiques et somatiques de la folie paralytique, puisqu'ils ne sauraient être rattachés aux lésions ordinaires de la péri-encéphalite chronique.

M. Foville s'est, en effet, posé cette question. Après avoir rappelé les signes de congestion que présentait habituellement son malade, il ajoute qu'on est conduit à admettre « que, dans certains cas, au moins les idées de grandeurs incohérentes, mobiles, diffuses, peuvent tenir à un simple état de congestion de l'encéphale sans les lésions propres à la folie paralytique. »

Il me semble, avec Bayle et d'autres auteurs, que cet état de congestion de l'encéphale suffit aussi pour produire les troubles de la parole, d'ailleurs mobiles et passagers, et qu'on voit si souvent disparaître avec les idées ambitieuses quand l'accès guérit.

Il y a en effet, comme je l'ai rappelé plus haut, dans la paralysie générale, deux sortes de phénomènes paralytiques, les uns mobiles, passagers, et temporaires, les autres permanents et progressifs; ces derniers seuls doivent être rattachés à la lésion organique.

M. Régis interprète les faits de la même manière que M. Foville, mais il réunit dans la même explication les symptômes psychiques et somatiques. Il conclut en effet : « que de simples troubles circulatoires du cerveau sont susceptibles de déterminer l'apparition simultanée des symptômes physiques et intellectuels de la paralysie générale y compris le cachet démentiel des conceptions délirantes, tout comme les lésions organiques habituelles ; avec cette différence toutefois, que les symptômes de paralysie générale sont alors transitoires comme les troubles fonctionnels qui leur ont donné naissance. »

On sait d'ailleurs, que dans beaucoup de cas de rémission les symptômes psychiques et somatiques disparaissent en même temps, ce qui démontre qu'ils étaient entretenus par une même cause.

Je rappellerai que, dans l'observation de Parchappe citée plus haut, l'embarras de la parole qui n'était pas continu, mais qui parfois était poussé si loin que la malade ne pouvait plus articuler, que cet embarras de parole avait cessé pendant la dernière année de la maladie.

Il résulte donc des faits qui précèdent :

Que les symptômes psychiques et somatiques de la paralysie générale persistent dans certains cas, une année et plus, sans être liés aux lésions de la péri-encéphalite chronique et qu'ils peuvent s'expliquer alors par de simples troubles circulatoires.

Comme je l'ai dit plus haut, la folie paralytique a les mêmes symptômes, les mêmes formes, la même marche intermittente, les mêmes transformations, la même tendance à la guérison que les folies simples. Or, à toutes ces analogies, l'étude des pseudo-paralysies générales en ajoute une de plus, et c'est assurément la plus importante. Cette étude prouve en effet que la folie paralytique, comme la folie simple, peut ne laisser après elle aucune lésion appréciable.

Ce fait me paraît avoir une assez grande importance

surtout parce qu'il concorde très bien avec beaucoup de faits cliniques. Il peut, en effet, à mon avis servir à expliquer la diversité des formes, et les transformations de la paralysie générale, la fréquence de ce qu'on appelle les rémissions, les guérisons temporaires, les guérisons définitives et enfin, dans quelques cas rares, la terminaison de la paralysie générale par la démence simple sans paralysie.

Tous ces faits, comme j'essaierai de le démontrer, soulèvent beaucoup d'objections contre la théorie unitaire, et fournissent au contraire des arguments pour faire admettre une folie paralytique, ayant une existence distincte et qui, au lieu d'être liée directement comme symptôme aux lésions organiques de la paralysie générale, dépendrait de simples troubles circulatoires mobiles et passagers. J'ajouterai que les paralysies générales que M. Westphal a appelées *larvées*, et qui ne sont caractérisées que par les symptômes psychiques, cesseraient d'être l'objet de continues dissidences. On sait en effet que ces paralysies générales sans symptômes somatiques sont regardées par certains auteurs comme des paralysies générales encore à leur début et, par d'autres, assimilées aux folies simples.

Il reste à examiner quelle place les pseudo-paralysies générales doivent occuper dans le cadre nosologique.

La solution de cette question me paraît des plus simples.

Parchappe, bien que sa malade eût présenté un embarras de la parole tel que parfois elle ne pouvait plus articuler, l'a considérée comme atteinte de manie chronique simple. Comment, en effet, eût-il pu faire autrement, puisque l'autopsie ne lui avait point révélé les lésions ordinaires de la paralysie générale? Et cependant la maladie s'était prolongée trois années entières.

La paralysie générale étant exclue, il ne restait donc plus que la folie simple.

Pour faire autrement, il eût fallu que Parchappe créât dès ce moment une classe nouvelle, et c'est à quoi il ne

paraît pas avoir songé. Aujourd'hui que cette classe nouvelle est créée, l'observation de Parchappe y prend naturellement place, et elle devient un exemple de *pseudo-paralysie générale*.

Les pseudo-paralysies générales forment donc un groupe de faits à part et qu'on ne peut réunir ni aux folies simples ni à la paralysie générale.

Ai-je besoin d'ajouter que ces faits rentrent tous dans la classe des folies que j'ai désignées en 1858 par la dénomination de *folies congestives*, dénomination que je propose de remplacer aujourd'hui par celle de *folie paralytique* ?

Il n'y a lieu, à mon avis, de conserver cette dénomination de pseudo-paralysie générale que pour les *pseudo-démences paralytiques*.

En résumé, l'étude des pseudo-paralysies générales fournit, comme on le voit, une objection très grave contre la doctrine unitaire et, au contraire, un argument en faveur de la théorie de la folie paralytique considérée comme maladie distincte de la paralysie générale.

(La fin au prochain numéro.)

LES ENFANTS MENTEURS

Par le Dr C. E. BOURDIN

MÉMOIRE LU A LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE
DANS LES SÉANCES DU 13 ET DU 27 NOVEMBRE 1882.

I. — Le mensonge se présente sous deux aspects principaux. Tantôt il est constitué par une parole fausse, émise avec l'intention de nuire. Tantôt, au contraire, il n'est qu'une sorte de jeu de l'esprit qui a pour objet l'amusement de la société à laquelle on s'adresse.

Le mensonge comporte deux éléments : 1° l'intention du menteur ; 2° le but qu'il se propose. Ces deux éléments se complètent réciproquement ; ils sont nécessaires pour constituer le manquement du respect dû à la vérité.

Le mensonge est tellement subtil qu'il prend quelquefois domicile jusque dans la vérité elle-même. On peut mentir en disant vrai. Pour être menteur il suffit de dire autre chose que ce que l'on pense. Par contre, on peut être vrai sans dire la vérité. C'est ce qui arrive au médecin, qui, pour consoler son malade, lui donne des espérances irréalisables. Dans les deux cas il faut tenir compte de l'intention de celui qui parle. Toute parole vraie, dite avec la volonté de trahir la vérité, est mensonge. Toute parole contraire à la réalité mais dite avec réflexion, et avec la ferme intention de servir les intérêts de la personne à laquelle on s'adresse, n'est pas mensonge. Quand l'enfant est mort, on peut préparer la mère à la douleur qui l'attend,

en lui disant que la maladie est grave, et même qu'elle laisse peu d'espoir. Les paroles, en cette circonstance, ne sont pas d'accord avec la réalité, j'en conviens, mais l'intention pieuse qui les dicte les élève à la hauteur du respect universel.

La Rochefoucauld, ce grand observateur qui a si bien analysé le cœur humain, a exprimé sur le mensonge une opinion qui mérite d'être citée. Il considère la plupart des petits enfants comme se renfermant dans l'air et les manières que la nature leur a donnés; mais il ajoute, « ils les changent et les corrompent quand ils sortent de l'enfance. » Devenus grands, l'amour de l'imitation les excite à des dissimulations nombreuses. « Il y a, dit-il, des hommes qui, au lieu d'être ce qu'ils veulent paraître, cherchent à paraître ce qu'ils ne sont pas... Il y en a qui prennent, *par avance*, l'air des dignités et du rang où ils aspirent. Combien de lieutenants généraux apprennent à être maréchaux de France!... Combien de bourgeoises se donnent l'air de duchesses!... » (*Appendice aux Maximes*). Je n'ai pas des enfants une aussi bonne opinion que l'auteur des *Maximes*. J'affirme que l'invasion du mensonge et de la dissimulation devance, presque toujours, l'heure de l'adolescence.

II. — Le mensonge proprement dit consiste en une parole fausse dite avec la volonté secrète ou avouée de nuire à quelqu'un. Cela est bien entendu. Malgré la précision de cette définition, il me semble qu'il n'y aurait pas grand inconvénient à joindre au mensonge par parole le mensonge par action.

Je comprends sous la dénomination de mensonge par action, d'une part, la simulation de faits faux et, d'autre part, la dissimulation de faits réels. Dans les deux cas, on blesse la vérité. On la blesse intentionnellement dans le but de nuire à autrui ou de se procurer à soi-même quelque avantage personnel.

Le mensonge par action se trouve donc, par l'intention

et par le but, identique au mensonge par parole. Entre l'un et l'autre il n'existe aucune différence essentielle ; les moyens employés seuls sont différents.

En mettant sur le même rang les deux façons de mentir, je crois ne pas dépasser les limites des analogies physiologico-psychologiques. Au surplus, si j'émetts un paradoxe, on me le pardonnera, attendu que les menteurs de toute catégorie sont peu scrupuleux sur le choix des moyens, et qu'ils emploient, selon leur convenance, tantôt la parole, tantôt l'action, indifféremment.

Je fus appelé, dans un pensionnat, pour donner des soins à une jeune personne, âgée de quatorze ou quinze ans, qui, par accident, disait-elle, venait de s'introduire un caillou dans l'oreille. Cette enfant poussait des cris perçants. La douleur était si vive que la malade ne permettait à personne de toucher à l'oreille ; elle ne consentait même pas à ce qu'on la regardât. A mon arrivée, les cris redoublaient. Je promets d'agir avec douceur ; la malade refuse de se laisser approcher. Je prends un ton sévère ; rien n'y fait. La malade forte et bien constituée oppose une résistance absolue. Je conseille à la directrice de l'établissement, présente à la scène, de faire conduire immédiatement l'enfant dans sa famille. Mes paroles produisirent un effet magique. La malade jeta sur moi un regard interrogateur pour savoir le fond de ma pensée. Je répétais ce que je venais de dire. Aussitôt le calme succéda à la tempête. L'enfant monta en voiture, et, une demi-heure après, elle était au milieu de sa famille. Cinq à six ans après cette petite aventure, je fus abordé, dans une gare de chemin de fer, par une belle jeune fille, qui, après les compliments d'usage, me remercia des soins qu'à plusieurs reprises je lui avais donnés pendant son séjour à la pension. Grand fut mon étonnement, car je ne reconnus pas tout d'abord la personne qui me parlait. Après explications, je demandai des nouvelles du caillou. Alors j'appris le secret de l'affaire.

La prétendue malade n'ayant pu obtenir de son père la permission de rentrer dans la famille, avait eu recours au stratagème mensonger dont il vient d'être question pour obtenir ce qu'elle appelait sa délivrance. Le moyen réussit, grâce, je crois, à la complicité de la mère qui voulait avoir sa fille auprès d'elle.

Un jeune pensionnaire venait de faire sa première communion. Il jugea convenable de sortir de la pension. Les parents furent d'un autre avis. Quelques semaines s'étant écoulées, le jeune garçon fut pris, au dortoir, d'un accident bizarre qui effraya ses petits camarades. La tête s'anima d'un mouvement horizontal de va-et-vient qui, lent d'abord, acquit une rapidité effrayante. La face partant de l'épaule droite arrivait à l'épaule gauche, puis de l'épaule gauche à l'épaule droite. Le mouvement était incessant. La crise dura de vingt à trente minutes. Il n'y avait ni cris, ni fièvre, ni aucun autre signe de maladie. A la fin du jeu, l'enfant tomba dans une sorte de prostration et ne tarda pas à s'endormir. Arrivé près de l'enfant, je ne pus constater que cet étrange mouvement de tête dont je n'avais jamais vu d'exemple. Je prescrivis des bains tièdes et une potion, pour le soir seulement. La potion réussit mal : elle semblait provoquer des envies de vomir. Les crises s'étant reproduites, je conseillai de rendre l'enfant aux parents. La vacance dura une quinzaine de jours, pendant lesquels on exerça, à l'insu du malade, une surveillance active. Tout s'étant passé à souhait, l'enfant fut réintégré à la pension. Les balancements de tête recommencèrent. Je soupçonnai la fraude. Une surveillance sévère fut organisée. On ne tarda pas à acquérir la certitude que le faux malade ne se livrait à son exercice, qu'en présence de témoins. Cela étant bien établi, une petite correction mit un terme à la comédie. A partir de ce jour, l'enfant cessa de se dire malade. Il refusa les bains et les médicaments; enfin, il fut guéri de son envie de sortir de pension.

III. — Un proverbe latin dit : *omnis homo mendax*. Le mensonge tient une si grande place dans le monde moral que l'on peut considérer ces mots comme exprimant une vérité générale. Il faudrait cependant se garder de les prendre à la lettre. Il existe des hommes dont les lèvres n'ont jamais été souillées par le mensonge.

Cette réserve faite, examinons les conditions dans lesquelles se produit le mensonge. Cherchons-en la portée, et tâchons de formuler les dangers dont il s'accompagne et les troubles qu'il cause dans les rapports sociaux.

Considéré dans ses formes, le mensonge est complexe et essentiellement variable. « Si le mensonge n'avoit qu'un » visage comme la vérité, encores y auroit-il quelque remède, car nous prendrions pour certain le contraire de » ce que dict le menteur ; mais le revers de la vérité a cent » mille figures et un champ indéfini » (CHARRON, *De la sagesse*, livre III, chap. x). Effectivement le mensonge se plie à toutes les conditions de l'humanité. Ni l'âge, ni le sexe, ni le tempérament, ni les infirmités, ni la fortune, ni l'intelligence, ni même l'éducation, ne sont des gages certains contre le vice du mensonge. Il est toujours là, frappant à la porte de l'intelligence et du cœur, toujours prêt pour le service des intérêts ou des passions.

Le mensonge n'a pas besoin de maître. Il se développe spontanément, à la façon de l'herbe qui croît dans les champs. Il débute avec les premières lueurs de l'intelligence et il ne s'éteint qu'avec elle. Une affirmation aussi tranchée étonnera peut-être, mais nul n'a le droit de la contredire. En ce sujet, comme en beaucoup d'autres, on doit s'incliner devant les faits. Les illusions, à cet égard, ne changeraient rien à l'affaire.

L'enfance est considérée comme l'âge de la candeur et de la vérité. Les parents ne tarissent pas en éloges à ce sujet. A les entendre, leurs enfants sont pourvus de toutes les qualités. Au physique et au moral ils sont simplement par-

faits. En parlant ainsi, les pères et mères, trompés par leur tendresse, ne s'aperçoivent pas qu'ils sont en dehors de la vérité.

Pour connaître la vraie vérité, que l'on me permette cette expression, l'observateur devra se placer en dehors du cercle de la famille. Du premier coup d'œil, il verra les ombres se produire dans le tableau. D'une part, les qualités s'atténuent, ou même s'évanouissent, tandis que, d'autre part, on voit surgir des travers ou même des défauts qu'une tendresse abusée tenait dans l'ombre.

Les enfants très jeunes, les petites filles particulièrement, passent quelquefois, sans transition, du chagrin à la plus franche gaieté. Dans cette explosion, à court intervalle, de sentiments contraires, il ne faut pas toujours chercher le mensonge. Les impressions de l'enfant sont peu profondes et, en général, de peu de durée. Elles se dissipent facilement, surtout quand surgit une impression nouvelle. C'est une grâce de la Providence. Je fais ces observations dans l'intérêt de la vérité. Le mensonge tient une si grande place dans la vie de l'enfant, qu'il est inutile de forcer la note, ou d'exagérer les charges qui lui incombent dans la plupart des cas.

Nul ne pense à nier les qualités des enfants; ce serait, à la fois, injuste et absurde. Mais la présence des qualités n'exclut pas absolument tous les défauts. L'âme humaine est vaste et imparfaite. Elle est assez vaste pour nourrir simultanément des vices et des vertus. De là, cette association des contraires qui constitue le fond ordinaire de la nature humaine.

L'enfant, dans la mesure de ses forces physiques et morales, est un être humain complet, en voie d'évolution. C'est l'homme minuscule, avec des qualités et des défauts qui constituent sa personnalité.

Aujourd'hui nous n'avons pas à discuter la thèse générale,

il s'agit simplement d'étudier l'enfant au point de vue du mensonge.

IV. — Le mensonge est un vice auquel les enfants sont fort sujets. Ils s'en servent comme d'une arme à plusieurs tranchants, qu'ils manient avec une habileté qui déroute parfois les hommes les plus expérimentés.

Les enfants menteurs se rencontrent dans toutes les classes de la société; toutefois on les compte en proportion plus considérable parmi les enfants *trouvés*. La plupart de ces petits êtres se font du mensonge une habitude et une arme qu'ils conservent pendant toute leur vie. J'en pourrais fournir des exemples. La théogonie des Indiens nous donne l'explication de cette anomalie.

« Un homme d'une naissance abjecte prend le mauvais naturel de son père, ou celui de sa mère, ou celui de tous les deux à la fois; jamais il ne peut cacher son origine » (*Manava — Dharmā — Sastra*, tom. X, st. 59). Le livre indien dit vrai. Je plains ceux qui sont dans l'obligation de vivre avec les *mal-nés*.

V. — Les formes du mensonge sont variées à l'infini. On peut néanmoins les grouper en un certain nombre de catégories, afin d'en faciliter l'étude. Le classement qui me paraît le plus simple repose sur le but que veut atteindre le menteur.

- A. Le mensonge est une occasion de badinage;
- B. Le mensonge est mis au service des passions;
- C. Il sert de moyen de défense;
- D. On l'emploie pour attaquer.

A. — *Le mensonge est une occasion de badinage.*

Dans les compagnies les plus respectables, au milieu des familles dans lesquelles règne la plus douce intimité, on ne craint pas d'exciter la gaieté par des récits tirés, de toutes pièces, de l'imagination. Cela ne tire pas à conséquence.

Les auditeurs et le narrateur lui-même sont tacitement d'accord sur le but, sur la nature et sur la portée de ces contes uniquement faits pour rire.

Dans cette catégorie on peut placer les récits de certains voyageurs qui se font un plaisir d'orner de détails fantastiques les événements auxquels ils ont pris part. Sous ce rapport, les chasseurs, les pêcheurs, les anciens militaires ne se gênent pas pour ajouter à leurs prouesses des inventions imaginaires propres à en relever la valeur. A côté de ces conteurs prennent place les nourrices, les orateurs de veillées, qui ont toujours, en provision, des histoires lugubres et notamment des histoires de revenants.

En passant, qu'il me soit permis de signaler à l'attention publique le danger des œuvres littéraires tirées de l'imagination des romanciers ou des dramaturges. Ces œuvres inventées pour le plaisir des lecteurs ou des spectateurs, les transportent, en réalité, dans un monde imaginaire qui fait quelquefois perdre à l'âme le chemin de la vérité. Ces histoires sont dangereuses pour les esprits bien trempés; elles le sont davantage pour les enfants, en raison de leur faiblesse naturelle, de leur inexpérience, et surtout en raison de la tendance qu'ils ont à s'abandonner au mensonge, dans lequel ils trouvent de l'attrait.

Une jeune fille *se donnait du bonheur*, je répète ses propres expressions, en se contentant à elle-même des histoires dans lesquelles elle jouait un rôle. Son bonheur consistait à se faire princesse, et surtout à s'entourer de riches trésors, dont elle avait la disposition. Alors elle distribuait, à pleines mains, ces richesses imaginaires qui lui attachaient tous les cœurs. Un incident quelconque, le tintement de la cloche ou l'appel d'une compagne, tirait la jeune élève de sa rêverie et la rendait à la réalité. Quelquefois les amies de classe interrogeaient la rêveuse sur l'objet de ses méditations solitaires. Celle-ci ne faisait aucune difficulté de les entraîner avec elle dans un monde imaginaire. L'enfant

devenue vieille, se complaisait encore dans des contes qu'elle se récitait.

A côté de ces mensonges que j'appellerais volontiers anodins, je placerai ceux que font les enfants pour échapper aux remontrances méritées par certaines peccadilles.

Saint Augustin avoue que l'amour du jeu et la passion de voir de simples bagatelles lui faisaient faire d'innombrables mensonges pour tromper ses maîtres et ses parents. *Fallebam, inquit, innumerabilibus mendaciis pædagogos et parentes meos, amore ludendi et studio spectandi nugatoria.* (Conf.)

B. — *Le mensonge mis au service des passions.*

S'ils'agissait de faire l'histoire complète du mensonge, il faudrait la rechercher au sein de toutes les passions, puisque toutes s'en font un instrument complaisant. Dans le cas présent, il suffira de donner quelques exemples dont on pourra tirer des conclusions légitimes.

Les enfants ne craignent pas de dire des mensonges quand ils y voient clairement leur avantage. La valeur des objets convoités ne change pas la nature morale du mensonge. Un jouet futile, une friandise sont aussi chers à l'enfant qu'un heureux coup de bourse peut l'être à un riche financier. Le Chinois vaniteux ne recule devant aucune platitude pour obtenir le droit d'ajouter un bouton à son habit. L'avare s'impose les plus grandes privations pour augmenter son trésor. Tous les deux obéissent à leur intérêt : le premier en donnant satisfaction à une vaine gloire, le second en se faisant le serviteur de sa propre avarice. En ce monde, tout est relatif. Qu'il soit donc entendu que le mot intérêt doit être pris dans son sens le plus large, et non restreint au sens pécuniaire.

L'amour de l'argent se déguise quelquefois pour mieux jouer son rôle. On le retrouve dans certaines conditions où sa présence n'est pas toujours soupçonnée. Les bouffons

entretenus dans les cours du moyen âge, remplissaient leur office à prix d'argent; car la nourriture, le logement, les cadeaux, etc., valaient de l'argent comptant. De nos jours, il se passe quelque chose d'analogue. Dans certaines maisons, qui n'ont rien de princier que la bourse, on rencontre des commensaux affamés qui remplissent les bas offices et qui ne cessent de s'extasier devant les qualités imaginaires de leurs hôtes, sortes de bouffons qui paient, en bassesse et en mensonge, la pâtée dont on les engraisse. Le monde est rempli de menteurs de cette sorte. On les rencontre partout, à la cour comme à la ville. Les professions libérales n'en mettent pas leurs membres à l'abri. Je m'abtiens d'en citer des exemples.

La vanité est un stimulant très actif du mensonge. Corneille a saisi ce ridicule, et l'a cloué au pilori de l'opinion publique dans les deux vers suivants, tirés du *Menteur* (acte III, scène in) :

Dorante est-il le seul, qui, de jeune écolier.
Pour être mieux reçu, s'érige en cavalier?...

On se tromperait singulièrement si l'on ne voyait, dans ce passage, qu'un trait de comédie. Corneille avait vu juste, et il a frappé un ridicule qui existe encore de nos jours.

Il me semble que l'on ne s'éloignerait pas beaucoup de la vérité si l'on mettait sur le compte de la vanité l'histoire de ces élèves qui se vantent d'avoir obtenu des prix attribués à leurs camarades; et celle de ce jeune soldat que j'ai vu débarquer au village avec des galons de caporal qui ne lui appartenaient pas; celle de ces jeunes gens qui, n'ayant pas réussi dans leurs examens, transforment mensongèrement leur défaite en triomphe; celle de ce brave enfant qui, élevé à la dignité de caporal dans la garde nationale, par le suffrage unanime de ses concitoyens, se hâta de prendre, de son autorité privée, les insignes de ser-

gent. J'allongerais singulièrement cette liste si je ne préférerais accorder la grâce du silence à une multitude de menteurs qui exploitent la crédulité publique à leur profit.

Certains anomaliens sont poursuivis par le démon de l'ostentation. A tout prix ils veulent entrer en scène et faire parler d'eux. Cette forme de la vanité revêt souvent des apparences douces et simples, auxquelles on aurait tort de se fier. Pour arriver, ils brisent tous les obstacles, ne ménageant ni les parents ni les amis.

Gens qui aimez la paix, fuyez les femmes qui sont ambitieuses pour leurs maris; tenez-vous loin des personnes qui ont des visées avortées; détournez la tête des fruits secs de tout genre; en un mot, évitez, sans distinction, ceux qui ont des amertumes dans le cœur et qui, mécontents d'eux-mêmes, sont disposés à répandre leur fiel sur tout le monde. Tenez-vous sur vos gardes, je le répète, parce que l'on s'emparera de vous, et vous servirez de marchepied pour la satisfaction des plus indignes créatures. N'ayez nulle confiance dans les ceintures dorées.

Quand je parle des ennemis à éviter, je n'exclus pas les enfants du nombre de ces ennemis. Ils sont aussi dangereux que les adultes, plus dangereux même, en raison de la renommée d'innocence dont ils jouissent si injustement. Voyez le premier bambin venu auquel on a refusé l'occasion de se produire, il entre en colère. Il frappe du pied et de la langue ceux qui l'ont contrarié. Si un mensonge peut servir à sa vengeance, ce mensonge, semblable à un trait empoisonné, ne tardera pas à frapper le contradicteur. A cette occasion on peut faire une remarque singulière. Les bambins irrités improvisent avec une facilité étonnante.

Une très jeune fille, d'une piété *éclatante* (je n'invente pas le mot), n'avait pu trouver à se marier à son gré. Elle vivait donc modestement, sans bruit et sans éclat. La condition de la famille, très honorable d'ailleurs, ne permettait pas qu'il en fût autrement. La vie calme de l'intérieur ne

donnait pas de satisfaction suffisante à la jeune dévote. Pour sortir de cette condition, elle eut recours à un stratagème qui lui réussit pendant un certain temps. Elle feignit une maladie. Des douleurs violentes dans le bassin la retenaient au lit. Un jour même, elle rendit par les parties secrètes un petit fragment d'os dont on ne put découvrir la provenance. Un médecin appelé déclara ne pas connaître la véritable cause du mal. On se décida à conduire la jeune demoiselle dans l'hôpital d'une ville voisine. Là, elle fut examinée par des médecins et des chirurgiens qui, en l'absence de tout symptôme de maladie, et en face d'une personne jouissant d'une santé florissante, déclarèrent que la jeune fille n'était pas malade. On avait donc résolu de lui donner son *exeat*, quand apparurent successivement de petites esquilles qui étaient remises, le matin, au chirurgien de service. Un nouvel examen au spéculum donna au chirurgien la conviction qu'il avait affaire à une fourbe. La prétendue malade fut mise à la porte. La jeune fille se réfugia successivement dans presque tous les hôpitaux de la province. Enfin, elle arriva à l'école secondaire de médecine. Le professeur chargé du service de la clinique chirurgicale consentit à mettre la malade en observation. La chute des esquilles recommença. Elles étaient abondantes. La carrière qui les fournissait était, paraît-il, inépuisable. On eut l'idée d'examiner au microscope les fragments osseux. Dès le premier jour la supercherie fut découverte. Le dernier fragment rendu portait, dans l'une de ses anfractuosités, un petit morceau de carotte cuite. La menteuse fut jetée à la porte de l'hôpital. L'affaire fit du bruit dans la province, et, à partir de ce moment, les portes de tous les établissements hospitaliers lui furent fermées.

La vanité féminine n'a pas de bornes, surtout quand elle fait alliance avec le désir de paraître. De cette alliance résulte une sorte d'état mental qui touche de près à la monomanie. Le mensonge, en ce cas, n'est, à proprement

parler, que l'instrument des dépravations enfantines. Les exemples à l'appui de cette thèse ne font pas défaut. On peut les prendre, à pleines mains, dans tous les rangs de la société. Je me contenterai d'en citer un seul.

Une petite fille abandonnée fut adoptée par M. et Mme X***, gens des plus honorables. Cette enfant, gentille et gracieuse, avait su se faire aimer. Les parents adoptifs l'admirent dans leur intimité et tout était pour le mieux. Un jour survint, dans une ville du Midi, un grand scandale qui alla se dénouer devant la cour d'assises. Le procès occupa une grande partie de la presse. Les journaux ne purent tout dire, mais des sous-entendus provoquèrent des commentaires qui se firent sous le manteau de la cheminée. La lecture des débats fut faite à haute voix, par M. X***, en présence de la petite fille qui jouait avec ses poupées, et qui d'ailleurs semblait ne faire aucune attention à ce qui se disait autour d'elle. Ni le mari, ni la dame ne pensèrent à l'enfant qu'en raison de son jeune âge, ils considéraient comme incapable de comprendre la conversation tenue à mots couverts. Quelques jours après la lecture et les commentaires imprudents dont elle avait été suivie, Mme X***, entrant subitement dans le salon, surprit la petite fille qui, tenant sa poupée, l'embrassait avec effusion à la partie supérieure des jambes tenues écartées. Mme X*** demanda à l'enfant qui pouvait lui avoir appris une pareille chose. La petite fille ne fut nullement déconcertée. Elle dit qu'elle faisait, à sa poupée, ce qu'on lui avait fait à elle-même. Puis la confidence alla son train. La petite déclara qu'étant en nourrice, elle couchait habituellement avec son frère de lait, qu'elle appelait son petit mari. Elle ajouta qu'en ces occasions ils se conduisaient comme mari et femme. Après le petit garçon était venu le père nourricier, et, après le père nourricier, le grand-père lui-même qui avaient pris les mêmes licences que le petit mari. Ce récit fut épicié de détails étranges sur les dou-

leurs ressenties par elle-même, l'innocente victime. Or, les héros de cette épopée étaient une fillette de quatre à cinq ans, et un petit garçon, à cette époque, âgé de dix ans. M. et Mme X^{***} furent atterrés par ces déclarations. Ils se plaignirent avec énergie et voulaient intenter un procès. Sur ces entrefaites intervint un homme expérimenté qui dit : « Mais les faits dénoncés sont-ils vrais ? » La petite fille fut soumise à l'examen d'un médecin habile, qui déclara nettement qu'aucun attentat n'avait été commis sur la personne de l'enfant soumise à son observation. Ceci étant acquis, on fit, dans la famille de la nourrice, une enquête qui provoqua les plus grandes colères. La petite fille devint l'accusée. Poussée dans ses derniers retranchements, elle avoua qu'il n'y avait rien de vrai dans ce qu'elle avait dit. Elle confessa qu'elle avait voulu faire comme les dames que l'on avait mises sur le journal.

Le mensonge s'alimente à un grand nombre de sources, au nombre desquelles figurent les appétits, l'avarice, etc. A y regarder de près, que sont ces marques de tendresse prodiguées aux parents pour en obtenir la moindre faveur ? Et les serments que l'on fait sans contrainte, serments d'amour, serments d'ivrogne, serments de fidélité ; et les paroles d'honneur des gens sans foi, prodiguées sans nécessité ; et les engagements pris dans la tristesse, puis violés à la première lueur de gaieté ; et les flatteries fardées d'amitié ; et les gémissements douloureux des veuves inconsolables ; et les baisers que se donnent certaines femmes, qui seraient heureuses de s'entre-dévorer ; et ces témoignages d'affection factice dont sont comblés les vieillards à succession, que sont-ils ? Que signifie l'insistance que l'on met à redire, à ceux que l'on croit riches ou puissants, des services déjà mille fois rappelés, mille fois payés et peut-être jamais rendus ? Que faut-il penser de ces basses flatteries dont sont accablés les maîtres par leurs élèves ; les supérieurs par leurs inférieurs ; les parents par certains

enfants? Evidemment toutes ces démonstrations ne sont que des mensonges intéressés.

Les menteurs de cette catégorie sont ordinairement habiles dans l'art de feindre, mais les précautions qu'ils prennent ne diminuent en rien le caractère de fausseté de leurs paroles et de leurs actions. Le miel cache l'amertume de certains médicaments, mais ne la détruit pas.

Les menteurs jouent avec tous les sentiments. Ils ne respectent rien, quand leur intérêt est en jeu. Les enfants ne s'y trompent pas. Quand, dans une affaire, ils n'ont rien à perdre ni à gagner, ils aiment autant dire la vérité que le mensonge. Quelquefois, dans une même cause, et sur un même point, ils disent l'une et l'autre. On trouve des exemples de cette contradiction dans les fastes judiciaires.

Une jeune personne, assistant à l'enterrement de l'une de ses proches parentes, s'arrachait les cheveux de désespoir et faisait mine de se jeter dans la fosse mortuaire. La cérémonie terminée, notre jeune demoiselle quitta le cimetière avec le plus grand calme et, quelques jours après l'événement, elle prenait part à un bal fort gai. Tant il est vrai que les signes de la plus grande douleur ne sont pas toujours le témoignage d'une violente et sincère affliction.

Il serait superflu d'entrer dans le détail des causes qui portent l'enfant à mentir. Il suffit de dire que toutes les passions peuvent devenir occasion de mensonge. Depuis la gourmandise la plus innocente jusqu'à l'orgueil le plus hautain, tout sert de prétexte aux offenses que l'enfant fait à la vérité.

(La fin au prochain numéro.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
GUÉRISONS TARDIVES

Par M. le Dr A. GIRAUD
Directeur-médecin de l'asile de Fains.

M. le Dr Luys, dans la discussion soutenue à l'Académie de médecine sur la question du divorce, a sinon nié, du moins contesté la possibilité d'une guérison tardive de l'aliénation mentale. M. Luys a déclaré qu'il n'avait jamais observé de guérison après une durée de quatre ans chez les hommes, cinq années chez les femmes, et a signalé une lacune dans les observations publiées. En compulsant toute la collection des *Annales*, M. Luys n'a rencontré que trois exemples de guérisons tardives citées par Snell dans un journal allemand (*Ann. méd. psychol.* 1859, p. 102). — La durée de la maladie a été de sept ans dans le premier cas, de douze ans dans le second cas, de trois ans dans le troisième cas. M. Luys a demandé des observations cliniques bien suivies, obtenues en compulsant les registres des notes mensuelles.

M. Blanche a cru qu'il ne pouvait, sans manquer à la discrétion, publier certains faits observés par lui dans sa pratique. Nous comprenons que M. Blanche ait reculé

devant la publication de ces faits dans une discussion destinée à avoir un grand retentissement. La même réserve ne s'impose pas pour la publication, dans un recueil scientifique, d'observations transcrites avec les réserves commandées par le secret médical. Nous avons trouvé à l'asile de Fains, en compulsant les registres des notes mensuelles, comme le demande M. Luys, un certain nombre de guérisons tardives et nous apportons ici un relevé des faits les plus saillants. Nous présentons notre travail à un point de vue purement clinique. Nos collègues pourront, sans doute, relever de leur côté des faits analogues, et la lacune signalée par M. Luys serait ainsi facilement comblée.

Observation I.

Manie chronique. — Longue période de dépression hypémanique avec délire hypochondriaque. — Amélioration lente mais progressive. — Guérison. — Treize ans de séjour à l'asile.

M..., Jean-Baptiste, né et domicilié à G... (Meuse), est entré à l'asile de Fains, le 26 mai 1839, en vertu d'un arrêté préfectoral.

La première note médicale, inscrite au registre matricule, est datée du 2 avril 1842, mais l'observation est suivie par Renaudin de 1842 à 1849.

M... est atteint de manie caractérisée par une très vive irritabilité, un désordre complet des idées et des erreurs de perception et de jugement; il ne peut se livrer à aucune occupation suivie, n'entretient aucun rapport avec qui que ce soit et paraît toujours disposé à chercher querelle à tous ceux qui l'approchent. Cependant, pourvu qu'on ne le rudoie pas, il est inoffensif et tout son courroux s'exhale en paroles rudes et souvent grossières. Absence de sentiments affectifs, indifférence pour tout, mobilité dans ses déterminations, tels sont les principaux caractères que présente cet aliéné qui jouit du reste d'une assez bonne santé. — Le 2 avril 1842. — *Signé*: RENAUDIN.

1^{er} juillet 1842. Erreurs de perception et de jugement qui, combinées avec une irritabilité excessive, portent cet aliéné à des accès de violence qui le rendent dangereux. Il est tout à fait insociable, inaccessible au raisonnement ; on ne peut l'occuper.

7 septembre 1843. Cet aliéné qui se faisait remarquer autrefois par une excitation très vive et une irritabilité excessive, présente aujourd'hui tous les signes d'une prostration physique et morale. Il se croit mort et par conséquent incapable de rien faire, néanmoins il y a là plutôt erreur de la personnalité que faiblesse de constitution, il se voit sous l'influence de causes délétères et rien ne parvient à relever son énergie. — *Signé* : RENAUDIN.

9 octobre 1843. Etat chronique. — *Signé* : RENAUDIN.

1^{er} janvier 1844. Etat chronique. Nul. A maintenir. — *Signé* : RENAUDIN.

1^{er} juillet 1844. Etat chronique. Nul. A maintenir. — *Signé* : RENAUDIN.

3 novembre 1844. Ce malade est un exemple remarquable de transformation dans la forme du délire maniaque dès le début et pendant près de deux ans ; il nous offre aujourd'hui tous les caractères de la lypémanie. Au lieu d'un désordre général de la sensibilité ayant pour manifestation symptomatique une réaction désordonnée et violente, nous avons aujourd'hui sous les yeux une surexcitation passive de cette sensibilité coïncidant avec l'absence de réaction et un sentiment particulier d'impuissance qui paralyse sa volonté et sa liberté morale. M... se croit mort, et cette erreur de sa personnalité est le point de départ autour duquel pivotent toutes les autres erreurs. M... a été assassiné ; l'existence lui a été ravie ; il ne subsiste plus que l'ombre de lui-même ; M... mange, mais sans spontanéité ; car que lui sert de manger, la nourriture ne peut profiter à un corps qui n'existe plus. Quoi qu'on dise à ce malade, une inertie complète accueille les conseils qu'on lui donne. « Mes bras

et mes jambes sont morts, dit-il, les bains m'ont anéanti, que voulez-vous que je fasse ? » Il est serrurier et rien ne peut l'engager à reprendre les travaux de son état. J'étais curieux de connaître quel pouvait être le mobile de ses idées bizarres, je n'ai pas eu de peine à découvrir qu'un sentiment d'orgueil n'y était pas étranger. M... croit que sa famille s'est enrichie à ses dépens, qu'on l'a exploité, et qu'on ne l'a isolé qu'après l'avoir rendu incapable de tout. M... croyait, dans le principe, avoir sur tous ses parents une autorité absolue parce qu'il travaillait, il croyait pouvoir s'approprier le bien de toute sa famille ; de là, des scènes de violence et des actes qui ont motivé sa séquestration. Trois phases se distinguent dans cette maladie : au début, une monomanie mal déterminée, empruntant peut-être quelques caractères à la lypémanie ; plus tard délire maniaque, et enfin développement complet de la lypémanie. Nous avons toutefois à signaler aujourd'hui un changement assez notable dans la vie de ce malade ; une passion est venue stimuler cette inertie incapable de tout. M... retrouve au jeu sa raison tout entière ; les cartes à la main, il renaît, il est raisonnable, toute trace de folie a disparu, et, chose remarquable, il est bon joueur ; le gain ni la perte ne l'impressionnent vivement ; aucune irritation ne résulte des chances du jeu ; il discute mais il ne se fâche pas. La partie terminée, M... retombe dans son état ordinaire. Ce premier pas ne nous présage-t-il pas une amélioration ultérieure ? M... sortira-t-il de son apathie pour reprendre son premier état ? C'est ce que nous ne saurions déterminer d'avance ; nous le désirons plutôt que nous ne l'espérons. — *Signé* : RENAUDIN.

7 août 1845. Même état. — *Signé* : RENAUDIN.

11 novembre 1845. Même état. — *Signé* : RENAUDIN.

31 juillet 1846. On remarque chez ce malade un peu d'amélioration qui se soutient depuis environ trois mois.

Encore incapable de tout travail, il commence à prendre part à la vie commune; il fait souvent et volontiers sa partie de cartes, mais il ne se croit pas encore complètement revenu à la vie. — *Signé* : RENAUDIN.

47 septembre 1846. Même état. — *Signé* : RENAUDIN.

29 juin 1847. On remarque chez ce malade une notable amélioration; à l'apathie que nous avons remarquée si longtemps a succédé une certaine activité. Serrurier adroit, il s'est remis depuis quelques jours aux travaux de sa profession. Espérons que ce mieux se soutiendra.

Signé : RENAUDIN.

4^{er} novembre 1847. L'amélioration continue chez ce malade; il continue à s'occuper, mais nous remarquons aussi qu'il n'a pas repris encore toute confiance dans la réalité de son existence, mais tout porte à croire qu'au fur et à mesure que sa constitution se fortifiera, son état mental se ressentira de cette amélioration physique.

Signé : RENAUDIN.

29 octobre 1848. Même état, — *Signé* : RENAUDIN.

40 février 1849. Même état. Propension marquée pour les boissons alcooliques. Il s'occupe. — *Signé* : RENAUDIN.

A partir de 1849, les notes deviennent plus succinctes. Elles signalent que le malade n'est nullement agité, qu'il n'a aucune idée délirante, mais qu'il a du penchant à l'ivrognerie.

En 1850, l'amélioration persiste; et on indique que le malade pourra bientôt rentrer dans sa famille. M... travaille assidûment à l'atelier de serrurerie, et ses idées ne présentent aucun incohérence.

5 septembre. Il obtient un congé de huit jours qu'il va passer dans sa famille.

En 1854, l'état moral continue d'être satisfaisant, mais la tendance à l'ivrognerie fait encore maintenir le malade à l'asile.

En 1852, la note de janvier porte : Calme, tranquille, inoffensif, non délirant.

En avril, la note est ainsi conçue : Laborieux. Lorsque des permissions lui ont été accordées autrefois pour sortir de la maison pendant quelques heures, il est rentré tranquille. Il travaille à la serrurerie d'une manière intelligente et suivie.

6 mai 1852. M. de Smyttère donne le certificat suivant : « Je déclare le nommé M..., Jean-Baptiste, guéri et en état de sortir de l'asile où sa conduite et son travail sont depuis longtemps exemplaires. »

M... a fait un séjour de treize ans à l'asile de Fains. L'amélioration ne s'est manifestée qu'après une période de huit ans, mais elle a toujours été en s'accroissant. La guérison paraît avoir été définitive. M... n'a jamais été réintégré à l'asile.

Observation II.

Manie chronique. — Retours périodiques d'agitation. — Amélioration.
— Guérison. — Durée du séjour à l'asile, huit ans et cinq mois.

B..., Pierre, âgé de trente-sept ans, né et domicilié à B... (Meuse), a été admis à l'asile de Fains le 29 novembre 1844 ; son observation a été suivie avec détails par Renaudin, de mars 1842 à décembre 1844.

Le nommé B..., Pierre, s'est toujours fait remarquer par une irritabilité excessive, qui s'est manifestée avec beaucoup plus d'intensité après son mariage qui remonte à douze ans ; il ne pouvait souffrir aucune contradiction, ne savait se diriger dans ses affaires et était tout à fait incapable d'adopter une règle de conduite conforme à sa position. Extrême en tout, il travaillait pendant quelques jours avec zèle, puis restait assez longtemps dans l'oisiveté. Sans être précisément adonné à l'ivrognerie, il faisait quelquefois abus de boissons et devenait alors tout à fait intraitable. Pour peu que sa femme lui fit des observations, il la

maltraitait. Doué de passions très énergiques, il la tourmentait sans cesse et se portait à des violences quand elle ne voulait pas répondre à ses désirs. Depuis quatre ou cinq ans, cet état a pris tous les caractères d'une véritable maladie qui se déclarait par accès. Il y avait d'abord loquacité, agitation sans but, manifestation de projets extravagants, dégoût pour le travail, excitation assez vive, insomnie. Puis il tourmentait tout ce qui l'entourait, il voulait acheter, vendre, mettait le désordre dans la maison. La misère fut le résultat nécessaire de cet état de choses et B... n'en devint que plus irritable. Au lieu de s'attribuer la gêne dans laquelle il se trouvait, il en accusait sa femme. Une fois enfin, les violences auxquelles il se porta furent telles, que l'autorité dut intervenir et ordonna sa séquestration. Avant son entrée dans l'asile, il a eu un accès assez prononcé, caractérisé comme je l'ai dit plus haut, et au moment où j'ai pris le service, quoique ce malade fût plus calme, il paraissait cependant tourmenté par une inquiétude vague, un sentiment de malaise; le sang le tourmente, dit-il quelquefois. Il veut qu'on le purge et qu'on le saigne. Quand on lui parle des violences qu'il a exercées sur sa femme à laquelle il a cassé deux côtes, il prétend qu'on exagère beaucoup une petite querelle de ménage et que ce n'était pas la peine de l'enfermer pour si peu de chose. Suivant lui, c'est sa femme qui est folle, etc. B... s'est mis depuis quelque temps au travail, mais il ne peut s'appliquer à une besogne suivie. Il se donne beaucoup de mouvement pour faire peu de chose. Sans qu'il y ait du désordre dans les idées, on remarque toutefois une tendance à une excitation qui se manifesterait avec énergie, s'il se trouvait sous l'influence de causes qui pourraient la favoriser. — Le 3 mars 1842. — *Signé* : RENAUDIN.

1^{er} juillet 1842. Irritabilité excessive naturelle qui, à la suite de pertes éprouvées après son mariage, a produit la folie. Elle se manifeste surtout par accès coïncidant avec

un malaise général, une congestion cérébrale et un embarras gastrique; il sent lui-même quand cela vient et réclame les soins qui lui sont nécessaires. Il est très loquace et très violent, mais il se soumet cependant à la discipline.

12 août 1842. La position de B... n'a pas changé. Quoique plus actif au travail, il manifeste cependant de temps à autre une excitation assez vive, accompagnée d'un dérangement des fonctions digestives. Sa loquacité dans ces moments est intarissable. — *Signé* : RENAUDIN.

5 septembre 1843. L'irritabilité de cet individu est toujours la même et paraît même coïncider principalement avec un dérangement des fonctions digestives qui se résout ordinairement par un dévoiement copieux. B... se sent malade, a conscience de son état, sait parfaitement les violences auxquelles il s'est livré et se rend compte des circonstances sous l'influence desquelles il se livrerait aux mêmes actes. Quand il parle, il y met une animation qui se manifeste par un tremblement nerveux. Il s'occupe et fait tous ses efforts pour se maintenir; mais quand l'accès veut éclater, il réclame lui-même quelques boissons rafraîchissantes qui le soulagent. — *Signé* : RENAUDIN.

Du 9 octobre 1843 au 1^{er} juillet 1844, les notes indiquent un état stationnaire.

11 décembre 1844. Quoique le malade se trouve toujours placé dans les mêmes conditions, quoique les accès se reproduisent à des intervalles aussi rapprochés, quoique les symptômes ressemblent identiquement à ceux que nous avons déjà décrits, nous pouvons néanmoins constater dans leurs manifestations une amélioration assez sensible. Les accès qui, jusqu'alors, avaient rendu B... impropre au travail, suivent depuis cette année toutes leurs phases, sans qu'il interrompe ses occupations, nous ne remarquons alors qu'une loquacité qui contraste avec sa taciturnité ordinaire. Le timbre de sa voix a changé, et, par un mouvement con-

vulsif, elle affecte le son de fausset; tous ses membres, tout l'appareil musculaire sont le siège d'un tremblement qui ôte à ses mouvements leur précision ordinaire, la physionomie exprime l'inquiétude et l'angoisse, le sommeil est nul, et il trouble le repos de tout son dortoir; l'appétit diminue, les digestions se font mal, il se plaint de la séquestration, quoiqu'il en apprécie parfaitement la cause; il est hargneux, querelleur, d'une susceptibilité excessive; il sent qu'il n'est pas bien, et se plaint qu'on ne fait rien pour le soulager. Un peu de tisane purgative, quelques boissons rafraîchissantes, produisent une diarrhée critique à la suite de laquelle l'accès diminue graduellement. Aujourd'hui B... est convalescent d'un semblable accès qui a duré sept semaines environ, il est calme, laborieux, dort parfaitement bien, et se loue de son état, sans songer à réclamer sa sortie. Si nous considérons les antécédents de ce malade, si nous observons la reproduction périodique des accès, et si surtout nous constatons que l'amélioration signalée provient de ce que B... est soustrait à l'action de causes excitantes, nous reconnaitrons que cet aliéné est toujours dangereux pour la sécurité des personnes et que la prolongation de son séjour dans l'asile est encore nécessaire,

Signé : RENAUDIN.

7 août 1845. Nous avons remarqué chez ce malade un léger accès qui dépendait de sa santé physique et d'un dérangement des fonctions digestives. Il va de nouveau un peu mieux, aussi est-il calme. — *Signé* : RENAUDIN.

3 octobre 1845. Même état. — *Signé* : RENAUDIN.

De 1845 à 1850, les notes indiquent simplement même état. Nous voyons, à la date du 15 février 1850, l'indication que le malade est autorisé à sortir et à demeurer pendant dix jours dans sa famille.

Le 18 février la note est la suivante : Amélioration, le malade est depuis quelques jours dans sa famille.

Les dernières notes sont ainsi conçues :

17 mars 1850. L'état mental de cet individu me paraît très satisfaisant ; depuis longtemps sa conduite est régulière, il travaille bien et ne présente pas d'incohérence dans son langage. J'estime en conséquence que B... peut être rendu à la liberté.

Signé : FORNASARI.

12 avril 1850. Guéri, peut être rendu à la liberté.

On doit regretter la lacune qui s'étend de 1845 à 1850 et ne nous fournit pas de détails sur les progrès de l'amélioration. La sortie a été définitive et le sieur B... n'a pas été réintégré dans la suite à l'asile.

Observation III.

Manie. — Six ans de séjour à l'asile. — Sortie par guérison.

G... Jeanne, femme B..., manouvrière à Bar-le-Duc, entre à l'asile de Fains, le 28 novembre 1846.

Le certificat de vingt-quatre heures, délivré par Renaudin, porte :

Cette femme a déjà séjourné dans l'asile comme malade non aliénée, elle offrait à cette époque tous les symptômes d'un caractère maniaque : irritabilité excessive qu'un rien augmente jusqu'au délire, surexcitation des facultés intellectuelles qui privent la femme B... de l'usage de la raison, penchant très prononcé vers les liqueurs alcooliques dont elle faisait habituellement un usage immodéré, tels sont les signes qui pouvaient, lors de son premier séjour dans l'asile, la faire passer pour aliénée. Sortie de la maison guérie de l'affection psorique pour laquelle elle y avait été admise, la femme B... est bientôt devenue pour sa famille et ses voisins un sujet de plaintes légitimes qui ont porté ceux-ci à réclamer sa séquestration ; enfin elle a été amenée le 28 comme aliénée, et nous remarquons de nouveau tous les symptômes que déjà nous avons observés ; nous

n'hésitons donc pas à déclarer cette femme atteinte de manie. Nous mentionnerons dans notre prochain rapport s'il lui reste des chances de guérison, considérations que nous puiserons surtout dans l'appréciation des antécédents de cette malade. — *Signé* : RENAUDIN.

Le certificat de quinzaine est ainsi conçu :

Ainsi que nous l'avons dit dans notre précédent rapport sur cette femme, le caractère dont elle est douée l'a prédisposée d'une manière toute spéciale aux accès de manie. Si nous la voyons en ce moment paraissant jouir de quelque calme, il ne faut point s'y tromper, ce calme n'est qu'apparent et disparaîtrait bientôt devant la moindre contrariété qu'elle éprouverait; aussi ne pouvons-nous que répéter ce que nous avons déjà dit : cette femme doit être maintenue dans l'asile, et les abus des boissons alcooliques auxquelles elle se trouvait portée corroborent encore notre conviction à cet égard.

Il reste peut-être à cette femme quelques chances de guérison, mais c'est à la condition expresse que son séjour dans l'asile soit suffisamment prolongé pour lui faire contracter des habitudes tout à fait opposées à celles qu'elle a eues antérieurement. Toutefois nous devons observer que l'âge auquel elle est parvenue diminue encore les chances de guérison qui lui resteraient. — *Signé* : RENAUDIN.

Les notes suivantes portent : même état, jusqu'au mois d'octobre 1849, où l'amélioration est signalée, mais les antécédents alcooliques font retarder la sortie.

En 1850, on signale que l'état moral va en s'améliorant, et l'amélioration continue jusqu'en 1854.

En janvier 1852, on lit : calme, inoffensive, travaille très assidûment à la couture. La note de mai est : nul délire, travail fort assidu, calme sans démençe; et le certificat de sortie est : Je déclare la nommée B..., née G..., guérie de

toute trace d'aliénation mentale, et j'ai l'honneur de demander sa sortie de l'asile. — *Signé*: DE SMYTTÈRE.

La sortie a eu lieu le 28 novembre. Le malade n'a pas été réintégrée à l'asile.

Observation IV.

Manie chronique. — Seize ans de séjour à l'asile. — Sortie par guérison.

J... Joseph, âgé de trente-neuf ans, ébouleur, marié, domicilié dans l'arrondissement de Bar-le-Duc, entre à l'asile le 26 juillet 1831. Le certificat de vingt-quatre heures le représente comme atteint d'un délire maniaque général, caractérisé par une grande agitation, une loquacité intarissable, et la plus complète incohérence dans le langage avec prédominance d'idées ambitieuses.

Le certificat de quinzaine porte : « J... Joseph continue à offrir un délire maniaque général caractérisé par des erreurs des facultés de l'entendement et une certaine incohérence dans ses idées ; il se croit le créateur d'un grand nombre de soleils et se dit possesseur de biens qu'il n'a pas. Cet aliéné, qui a négligé son travail pour se livrer à des excès d'ivrognerie, était devenu dangereux pour sa femme qu'il menaçait de tuer. »

En novembre et décembre 1831 les notes indiquent une modification avantageuse ; « il paraît renoncer à ses idées orgueilleuses et prétentieuses et permet d'espérer une guérison peu éloignée. — *Signé*: FORNASARI. »

En 1832, les extravagances reparaissent. J... prétend qu'il a fait quatre-vingt-six soleils. Il travaille, mais irrégulièrement. En 1833, il travaille, mais se montre souvent bruyant. En 1834, il est noté bon travailleur, mais parfois bruyant. En 1835, la situation ne se modifie pas. Nous devons signaler un diagnostic porté par M. de Smyttère, et

en désaccord avec les notes antérieures comme avec les notes suivantes, celui de l'imbécillité maniaque.

En août 1856, M. Auzouy porte la mention suivante :

J... est atteint de monomanie ambitieuse caractérisée principalement par une haute idée de son mérite, de ses talents, de ses aptitudes, de sa parenté et de sa fortune. Il proteste contre la qualification d'aliéné, qui ne lui a, dit-il, jamais été applicable. S'il a été amené à Fains, c'est par surprise, à la suite d'une promenade entreprise avec son oncle, qui lui joue ce vilain tour, mais il trouve que la plaisanterie dure beaucoup trop. Il travaille sans répugnance, et n'a que de rares moments d'excitation.

En novembre, la note est la suivante :

J..., convaincu qu'un de ses enfants doit être actuellement bien près de se marier, demande avec instances à sortir de l'asile, pour aller lui porter son consentement et ses bénédictions. Quoique aucune nouvelle ne lui soit parvenue à cet égard, J... n'admet pas que son fils puisse garder plus longtemps le célibat. Une intuition particulière lui signale cette joie de famille, qui cependant est encore plus que problématique.

On signale en 1857 un travail assidu, mais un défaut de liaison dans les idées. Les années suivantes, rien de particulier n'est mentionné. En 1862 on indique de nombreuses erreurs de perception et de jugement et peu de conscience de sa position. Il est, d'ailleurs, excellent travailleur. En 1865, on mentionne que le délire est limité à quelques idées fausses sur le gouvernement et en général sur toute autorité placée au-dessus de lui. D'ailleurs, il travaille bien et se rend utile. En 1866, les notes portent : même situation. Le 4^{er} juillet 1867, on indique qu'il travaille et est très tranquille. Au mois d'août, il travaille à l'extérieur et n'abuse pas de la confiance qu'on lui accorde. Le 23 septembre, un certificat du médecin constate qu'il est guéri et peut être

rendu à sa famille. Il sort le 3 octobre pour cause de guérison.

J..., rentré dans son pays, n'a pas été perdu de vue. Il est venu à diverses reprises voir plusieurs personnes à l'asile. Il habite une commune voisine de Fains et n'a jamais été réintégré.

Observation V.

Manie rémittente. — Quatre ans de séjour à la Salpêtrière. — Dix ans et huit mois de séjour à l'asile de Fains. — Sortie par guérison.

M^{lle} A... Hélène, âgée de trente-trois ans, célibataire, a été transférée de la Salpêtrière à l'asile de Fains, le 22 octobre 1853. Elle était entrée à la Salpêtrière le 30 septembre 1849. Le certificat de transfèrement, signé Trélat, donne le diagnostic : manie chronique rémittente. A son entrée à l'asile de Fains, on constate qu'elle est atteinte de manie avec hallucinations. Elle entend des voix la nuit et voit des fantômes. En novembre et en décembre, elle est agitée, crie, insoumise, menaçante, ne travaille pas.

En 1854, elle se montre calme et laborieuse. En juin 1855, on note un amour-propre excessif et une grande susceptibilité. Elle a un accès d'agitation au mois de juillet. Le calme reparait ensuite et se maintient plusieurs mois, mais on signale parfois de l'irritabilité.

En août 1856, le diagnostic de manie chronique rémittente avec hallucinations de la vue et de l'ouïe est maintenu. Quelques crises d'excitation. En octobre de la même année, accès d'agitation durant huit jours. L'agitation reparait à diverses reprises en 1857, mais les accès sont de courte durée.

Les alternatives de calme et d'excitation sont signalées jusqu'en 1862 ; toutefois elle travaille et n'est pas violente, parfois on dénote la coïncidence de l'agitation avec la période menstruelle. A partir de 1863, on ne mentionne plus

d'agitation et le 27 juin 1864, sa sortie est ordonnée pour cause de guérison.

M^{lle} A... est rentrée seule à Paris, une lettre de sa mère indique qu'elle est arrivée dans les meilleures dispositions. L'observation est incomplète, en ce sens que nous ignorons si la guérison a été définitive; toutefois, nous voyons que M^{lle} A... a pu être rendue à la liberté après une séquestration de près de quinze ans. Il eût été intéressant de savoir si la guérison coïncidait avec la cessation de la menstruation. L'âge de M^{lle} A... peut permettre de le supposer, mais les notes mensuelles ne donnent aucune indication sur ce point.

Observation. VI.

Manie rémittente — Alternatives d'agitation et de dépression. — Dix ans de séjour à l'asile. — Guérison.

H..., Marie-Joséphine-Pélagie, a été admise à l'asile de Fains le 9 juillet 1855, venant de la Salpêtrière où elle était entrée le 14 avril 1854.

Le certificat de vingt-quatre heures porte simplement qu'elle est atteinte d'aliénation mentale, mais le certificat de quinzaine est beaucoup plus détaillé.

« La nommée H..., âgée de cinquante et un ans, fille publique, née à V..., domiciliée à Paris, entrée à l'asile de Fains le 9 juillet courant, est atteinte de manie avec dé-
 » mence; sa folie est rémittente : cette femme est parfois
 » agitée, méchante et elle cherche à frapper, menace, ou
 » détruit ses vêtements, etc.

» H... empêche le sommeil de ses compagnes par sa loquacité maniaque. Ses occupations consistent à faire des
 » poupées avec des chiffons et guenilles; pas de travail
 » possible, pas gâteuse.

» Signé : DE SMYTTÈRE. »

La note du mois d'août porte qu'elle est atteinte de démence maniaque stationnaire et qu'elle est menaçante avec

des dispositions à la destruction. Elle fait des poupées, s'affuble d'une manière ridicule, est malpropre. En octobre elle est bruyante, de tenue mauvaise, mais moins disposée à détruire.

En janvier 1856, elle se fracture dans une chute la rotule gauche. Les notes suivantes indiquent qu'elle est plus calme, mais conserve la manie de s'affubler d'une manière grotesque; elle a un langage ordurier et obscène, est loquace et ne fait aucun travail utile. En janvier 1857, on signale une excitation maniaque assez vive et en mars un accès de fureur. Elle démolit la toiture des lieux d'aisances et la cloison de pierres de taille de sa cellule; elle déchire ses vêtements et détruit ce qui lui tombe sous la main. Elle lacère sa camisole et enduit de ses excréments les parois des murs. En avril, l'agitation est moindre et, en mai, le calme reparaît.

Dans les premiers mois de 1858, elle s'occupe et rend des services; mais, en septembre, elle est reprise de très vive agitation, brise son lit, enduit de nouveau les murs de ses excréments, jette à la tête les vases dans lesquels on lui apporte ses aliments. Son agitation est incoercible. En novembre, elle redevient calme et, pendant toute l'année 1859, elle se montre douce, inoffensive et s'occupe. En janvier, février et mars 1860, elle est de nouveau agitée. L'agitation reparaît en novembre 1861 et en septembre 1863; dans l'intervalle elle est calme, parfois déprimée. Le 2 juillet 1864 elle obtient sa sortie.

La mention portée au registre matricule comme cause de sortie est : guérison.

Cette observation est moins concluante que les premières, car rien ne nous indique que la guérison a été définitive. Elle nous paraît néanmoins présenter quelque intérêt, en montrant que la malade a pu être rendue à la liberté et complètement abandonnée à elle-même après un séjour de dix ans dans un asile d'aliénés.

Observation VII.

Lypémanie. — Amélioration. — Sortie après huit ans et dix mois de séjour à l'asile.

L'observation du malade est suivie du 10 juillet 1843 au 3 avril 1844 par Renaudin, dont nous reproduisons textuellement les notes.

L'individu qui fait l'objet de ce rapport offre l'exemple assez rare d'une monomanie suicide périodique avec intervalles lucides complets, pendant lesquels il a parfaitement conscience de son état et reconnaît que ce qu'il a fait pendant ses accès est le résultat de l'aliénation mentale.

Il est content, alors, qu'on ait mis obstacle à son dessein qu'il avait pourtant eu soin de dissimuler. Il raconte alors toutes les circonstances de son état mental et rend compte de l'impulsion irrésistible qui le domine. Bien des fois il a cherché à attenter à sa vie et les moyens employés par lui ont été variés; toutefois, il paraît avoir eu une certaine prédilection pour l'ingestion d'une grande quantité d'eau-de-vie.

D'après sa déclaration, l'invasion de la maladie remonte à quatre ans et l'accès débute toujours par une insomnie, une céphalalgie violente, et c'est alors qu'éclate le penchant au suicide. Le malade dresse alors son plan dans le plus grand secret, trompe la surveillance de ceux qui l'entourent et cherche à le mettre à exécution. Il paraît que les obstacles qu'il rencontre diminuent l'énergie du penchant et font une diversion salutaire. Cet individu doit encore être bien observé pour qu'on puisse bien juger sa position.

Signé : RENAUDIN.

28 juillet 1843. Depuis que V... est dans l'établissement, il ne s'est manifesté aucun des symptômes dont nous avons fait l'énumération dans notre premier rapport. Le régime

régulier de l'établissement, les occupations qu'on lui a données y ont sans doute beaucoup contribué, nous n'avons remarqué qu'une insomnie passagère qui n'a eu aucune influence sur ses habitudes. Quoique le séjour de cet individu ne soit pas encore très long, néanmoins on peut déjà remarquer dans sa constitution une certaine amélioration. Une plus longue observation est nécessaire pour bien juger de l'influence que la séquestration exerce sur l'état mental de V...

Signé : RENAUDIN.

21 août 1843. Depuis que cet individu se trouve dans l'asile, la vie régulière à laquelle il est soumis a amené dans sa constitution des modifications salutaires ; l'insomnie qu'il signalait comme le prélude de ses impulsions de suicide s'est à peine manifestée deux fois et n'a pas eu de suite. Il travaille aujourd'hui à son métier, mais nous avons soin de l'occuper par intervalle aux travaux de culture et cette alternative paraît lui être salutaire au point de vue physique et moral.

1^{er} octobre 1843. La position de ce malade continue à donner lieu aux mêmes observations. C'est un homme qui a besoin d'être conduit et dont la docilité dépend de son peu d'énergie morale. Il est assez sujet à de la céphalalgie, mais elle n'exerce que fort peu d'influence sur sa manière d'être. — *Signé : RENAUDIN.*

1^{er} janvier 1844. Etat chronique, nul. A maintenir.

3 avril 1844. Sous l'influence du régime auquel il est soumis, V... ne peut certainement pas donner lieu aux mêmes observations que lorsqu'il était en liberté. Tout ce que nous sommes à même de remarquer, c'est de temps à autre un certain dérangement des fonctions digestives, un peu de céphalalgie et une propension plus marquée à la boisson qui, s'il était dehors, aurait sans doute les plus fâcheuses conséquences. — *Signé : RENAUDIN.*

Les notes suivantes mentionnent simplement, jusqu'en 1849 : État chronique et même état.

En juillet 1849, nous lisons que V..., travaille très bien et avec beaucoup de calme. En novembre, on indique qu'il peut être considéré comme guéri, néanmoins il est maintenu à l'asile. Mais le motif est mentionné dans une note de mars 1850 ainsi conçue : L'état intellectuel de cet individu est très satisfaisant et, s'il n'était pas privé de toute ressource à sa sortie dans le monde, il pourrait être immédiatement rendu à la liberté. — *Signé* : FORNASARI.

Les notes suivantes portent même état jusqu'au 19 juillet 1851, date à laquelle le certificat suivant est délivré : Je soussigné, etc., certifie que le nommé V..., Jean-Nicolas, âgé de soixante-quatorze ans, né à B..., entré le 13 juillet 1813, jouit depuis longtemps de l'intégrité de sa raison, mais en considération de son grand âge on ne peut le rendre à la liberté sans l'exposer à des privations de toute nature et pouvant compromettre de nouveau son état moral. — *Signé* : FORNASARI.

Cette situation se prolonge jusqu'au mois de mai 1852 époque de la sortie.

L'arrêté de sortie est motivé par un certificat conçu en ces termes :

Je soussigné médecin en chef, déclare que le sieur V..., Jean-Nicolas, n'offre aucune aliénation mentale véritable et dans le cas d'obliger sa séquestration. S'il a tenté, il y a environ neuf ans, de se suicider à cause de misère, et si cette tentative a été due à de la folie, il n'est pas moins constant que ces monomanies peuvent se guérir comme d'autres affections mentales. Le sieur V... est calme, sans tristesse, laborieux et intelligent. Je puis donc le regarder comme guéri de son ancien mal ; je demande qu'il soit rendu libre, la loi m'impose ce devoir ; cela ne l'empêcherait pas de rester dans l'asile en qualité de chef d'atelier

du tissage comme il l'est à présent, et ainsi il ne serait pas malheureux : c'est son désir. — *Signé* : de SMYTTÈRE.

Observation VIII.

Lypémanie — Huit ans de séjour à Bicêtre et sept à l'asile de Fains.
Sortie par guérison.

C..., François-Charles, âgé de quarante-neuf ans, célibataire, maître de langues, est admis à l'asile de Fains le 8 avril 1847, venant de Bicêtre où il était entré le 20 novembre 1838.

Le seul renseignement que nous possédions avant l'entrée du malade à Fains, est le certificat de transfèrement qui porte simplement : Manie chronique, peut-être transféré.

Le certificat de vingt-quatre heures délivré par Renaudin est le suivant : Ce malade est Bavaois d'origine ; il habitait Munich et y exerçait la profession de maître de langues ; son éducation paraît avoir été soignée, car il s'exprime fort nettement en français et de manière à prouver qu'il a dû dès son enfance étudier cette langue. En 1833, il fut impliqué dans un procès politique, subit quinze mois de détention préventive, puis il fut mis en jugement et acquitté. Dès lors, craignant de nouveaux malheurs et se voyant à cause de ses opinions l'objet de suspicion du gouvernement, il quitta le pays et passa en France. Le souvenir de ses maux, l'exil qui, quoique volontaire, pesait sur lui, la crainte de se voir dorénavant encore en butte peut-être aux mêmes persécutions et, par-dessus tout, la difficulté qu'il éprouva à trouver des élèves auxquels il pût donner des leçons et, par conséquent, la misère dans laquelle il se vit plongé, toutes ces choses frappèrent vivement son imagination, l'exaltèrent et le rendirent aliéné ; il fut arrêté et conduit à Bicêtre. Telle est l'histoire de ses antécédents que C... nous fait lui-même. Nous l'observerons

avec le plus grand soin et nous relaterons dans notre prochain rapport ce que ce malade nous offrira de remarquable dans la quinzaine qui va s'écouler. Nous le déclarons atteint de lypémanie.

Le certificat de quinzaine est ainsi conçu :

Nous n'avons rien à ajouter aux détails que nous avons donnés sur ce malade, dans notre dernier rapport, et son état dans la quinzaine qui vient de s'écouler n'a rien présenté de remarquable. Nous ne pouvons donc que confirmer le rapport que nous avons fait, et, en maintenant notre diagnostic, nous ajouterons que C..., par l'état actuel de ses facultés intellectuelles, paraît présenter quelques chances de guérison. Nous continuons à le considérer comme atteint de lypémanie.

Les notes mensuelles de juillet 1847 à janvier 1849 portent même état ; la note de février 1849 indique un mysticisme politico-religieux qui s'exagère sous l'influence des rapports avec l'aumônier. En juin 1849, on note : le délire de ce malade se fait surtout remarquer dans ses écrits ; donnant alors un libre essor à son imagination, il vise à la profondeur, ce qui rend presque toutes ses phrases intelligibles. Sa santé est bonne. En mars 1850, l'état moral du malade est assez satisfaisant. La conduite à l'asile est irréprochable. En mai, l'état moral est toujours satisfaisant, mais la crainte que le malade ne puisse gagner sa vie au dehors fait ajourner la sortie.

Les notes de 1850 à 1852 le font voir toujours calme, mais signalent encore de l'originalité, du mysticisme, de l'incohérence dans ses lettres. En 1853, il se montre encore excentrique. En 1854, les notes d'avril et de mai portent que la lucidité est parfaite. En juin, rien de maniaque, raison entière. Juillet : lucidité, travail intelligent, sans démençe maniaque. Le 4^{er} août, C..... est déclaré guéri et en état d'être rendu libre. Il sort le 14 août 1854.

Une lettre qu'il a écrite de Paris postérieurement à sa

sortie, et que nous trouvons à son dossier, n'indique aucune trace de délire.

Observation IX.

Lypémanie. — Sept ans de séjour à l'asile. — Sortie par guérison.

M^{lle} R..., Victoire, est entrée à l'asile de Fains le 10 septembre 1856, venant de la Salpêtrière, où elle avait été admise le 9 avril 1856. Le certificat de transfèrement, signé Trélat, porte qu'elle était atteinte de lypémanie avec accès fréquents d'agitation.

Le certificat de 24 heures confirme le diagnostic.

Le certificat de quinzaine porte que la nommée R..., sans cesser d'être sous l'empire de ses préoccupations mélancoliques, se trouve depuis son entrée dans un paroxysme de fureur et de violence qui la rendent l'épouvante de ceux qui l'entourent. Les mots les plus obscènes, les menaces et les cris qu'elle profère ont nécessité sa séquestration en cellule où j'ai pu obtenir quelques moments de calme. Cette malade, l'une des plus dangereuses de la maison, doit continuer à y être traitée et isolée. *Signé : Auzouy.*

Les notes suivantes sont ainsi conçues :

Octobre. Victoire R... est toujours en proie à la tristesse et au délire le plus complet. Cette femme, d'une haute stature et d'une constitution virile, a un aspect repoussant que les avances les plus bienveillantes ne parviennent pas à adoucir, elle profère constamment des plaintes et apostrophe des mots les plus grossiers et les plus obscènes les personnes qui lui donnent des soins, et toutes celles qu'elle aperçoit du guichet ou de la croisée de sa cellule. Je la regarde comme une maniaque des plus dangereuses. *Signé : Auzouy.*

Novembre. Lypémanie avec réactions maniaques et penchants malfaisants. *Signé : Auzouy.*

Décembre. La malade aime l'isolement, et son état mental me paraît d'ailleurs le nécessiter d'une manière si absolue que l'on serait vraiment bien en peine pour contenir des malades de cette espèce, si l'on n'avait des cellules à sa disposition. Assurément, la vue de la fille R... serait un argument puissant à opposer aux personnes qui proposent la suppression complète des cellules dans les asiles d'aliénés. Il est impossible de trouver des aliénés plus rebelles aux moyens de douceur et de persuasion que celle-ci, qui a les instincts d'une bête fauve, et qui s'est enroutée à force de pousser des cris semblables à des hurlements. *Signé : AUZOUY.*

En janvier 1857, on constate un penchant irrésistible à l'isolement. En avril, elle est toujours aussi délirante, et nous lisons : M^{lle} R... veut vivre quarante mille ans et craint à un égal degré le feu et l'eau. Elle s'obstine à demeurer dans sa cellule, d'où l'on ne peut la retirer que de force; l'obliger à en sortir, même momentanément pour respirer l'air extérieur, c'est lui causer un violent chagrin.

En juin et en juillet, elle montre la même obstination pour s'isoler, et en décembre, elle est toujours insociable.

En mai 1858, on obtient de la faire coucher en dortoir, mais le délire persiste. La situation se maintient toute l'année sans amélioration sensible. En 1859, en 1860 et en 1861, même état chronique. Les perceptions restent fausses, et ses plus grandes préoccupations sont la crainte de la mort et des bains. A la fin de l'année 1860, on a pu néanmoins commencer à l'occuper à quelques travaux grossiers.

En 1862, l'amélioration apparaît, la malade se montre dans le courant de l'année moins mélancolique, elle s'humanise et est moins désordonnée, mais elle a encore néanmoins de nombreuses erreurs de perception et de

jugement. Au mois de décembre, sa vie a été mise en danger par un développement considérable de ganglions, mais on constate en même temps une amélioration notable de l'état mental, et au mois de février 1863, nous voyons la note suivante : L'état mental est dans une situation telle que M^{lle} R... pourrait parfaitement être rendue à la liberté. Malheureusement, elle est dénuée de toute ressource et sa famille ne veut pas ou ne peut pas s'occuper d'elle. Au mois d'avril, son raisonnement est toujours aussi bon, elle est tranquille et travaille. Au mois de septembre, sa guérison paraît complète.

Elle sort le 13 octobre 1863 par guérison.

M^{lle} R... n'a pas été perdue de vue après sa sortie ; pendant un certain temps elle a donné de ses nouvelles et la guérison se maintenait.

Les observations que nous publions ne s'appliquent qu'à des cas de manie ou de lypémanie. Nous aurions pu augmenter considérablement le nombre des faits en ajoutant des exemples de cas où les malades, sans être complètement guéris, ont pu, après avoir passé un grand nombre d'années à l'asile, être rendus sans inconvénient à leur famille. Nous avons trouvé après guérison tardive des exemples de rechute ne survenant qu'au bout de plusieurs années. Nous aurions pu, en étendant de la sorte notre travail, donner des observations dans des formes de l'aliénation mentale autres que la manie et la lypémanie, mais nous aurions alors été conduit à aborder d'autres ordres de faits et à sortir de l'étude exclusive des guérisons tardives.

Archives cliniques

78

DES HALLUCINATIONS DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

M. BAILLARGER.

Observation de paralysie générale avec hallucinations de l'ouïe et qui se prolonge pendant 17 ans.

C'est une question très controversée que celle des hallucinations dans la paralysie générale; certains auteurs les regardant comme très fréquentes, et les autres comme très rares.

Il me semble qu'il y a lieu, sous ce rapport, de distinguer les différentes formes de la maladie et les diverses espèces d'hallucinations.

La dissidence, à mon avis, ne peut réellement porter que sur l'existence chez les paralytiques, d'hallucinations *très actives* de l'ouïe.

Dans les formes vésaniques sans signes bien manifestes de démence, sans symptômes graves de congestion, on ne voit pas pourquoi, dans ces cas qui se rapprochent des folies simples, les hallucinations plus ou moins passagères, plus ou moins persistantes de l'ouïe, ne s'observeraient pas. Mais, dès que les symptômes de démence deviennent plus prononcés, les hallucinations, comme l'a déjà fait remarquer M. Calmeil, diminuent et finissent par disparaître avec les autres manifestations du délire.

Cependant il importe de faire remarquer que si on observe des hallucinations de l'ouïe pendant les premières périodes de la paralysie générale, quand le délire est le caractère

dominant, on peut dire qu'en réalité il y a très peu de paralytiques reproduisant ce type si remarquable des hallucinés, malades qui pour la plupart sont aujourd'hui classés parmi les persécutés.

Ce fait n'a encore rien que de très simple. Le délire des hallucinés constitue l'une des formes du délire partiel, or, ce délire est très rare chez les malades atteints de paralysie générale.

On peut donc dire que s'il y a des hallucinations de l'ouïe dans la paralysie générale, il y a en réalité très peu d'*hallucinés* parmi les paralytiques.

Dans le travail que j'ai adressé à l'Académie en 1844 sur les hallucinations pour le concours au prix Civrieux, travail dont une partie seulement a été publiée, j'avais consacré un chapitre à l'étude des hallucinations dans la paralysie générale.

Or, je disais dans ce chapitre que, quand il existait des hallucinations très actives de l'ouïe, chez un malade offrant des signes de paralysie générale, j'étais porté à penser « *que la maladie se prolongerait longtemps.* »

Je citais à cet égard l'observation suivante qui me paraît, aujourd'hui surtout, avoir un grand intérêt par suite de l'étude des pseudo-paralysies générales alcooliques.

Le malade, en effet, déclaré à son entrée atteint de paralysie générale, n'est mort que *dix-sept ans* après d'une affection des voies urinaires. Malheureusement l'autopsie n'a pas été faite.

Voici l'observation :

Trente-trois ans. — Excès alcooliques. — Un accès de délire antérieur. — Congestion cérébrale. — Trois jours après, explosion du délire. — Embarras de la parole, idées de grandeur et de persécution. — Hallucinations de l'ouïe. — Le malade ne meurt qu'après dix-sept ans d'une affection des voies urinaires.

M. de C., célibataire, officier d'infanterie, se livrait depuis longtemps à des excès alcooliques ce qui, avant la révolution de Juillet, l'avait fait mettre à la réforme. Pendant la révolution, il se battit avec le peuple et fut ensuite réintégré dans son régiment; mais bientôt, on fut obligé de le réformer de nouveau. On croit qu'il a eu un premier accès de délire, après la révolution de 1830, mais le malade ne fut pas séquestré.

M. de C. quand il n'est pas excité par les liqueurs alcooliques, est facile à vivre et d'un caractère très doux. Deux ans avant son entrée, il dut consulter un médecin pour des bourdonnements et des douleurs d'oreilles, il a eu souvent des étourdissements.

Il y a huit jours, M. de C. tomba dans la rue, soit qu'il fût ivre ou qu'il eût une congestion cérébrale; il resta plus d'une heure sans connaissance et on crut devoir pratiquer une saignée. Trois jours après, le délire éclata. Le malade se croit poursuivi par des hommes de la police; il craint qu'on ne saisisse ses meubles et une somme de *plusieurs millions* qu'il a dans sa chambre. Il est conduit à Charenton le 15 avril 1834.

M. de C... présente de l'embarras de la parole, des tremblements très marqués dans les membres; il a des hallucinations très actives de l'ouïe.

15 mai. Depuis son entrée, le malade a toujours été très calme; c'est un homme de taille moyenne, d'un tempérament sanguin, au teint coloré, sans trop d'embonpoint. Sa tenue est convenable, il est triste et ne parle guère que lorsqu'on l'interroge. Il continue à avoir des hallucinations de l'ouïe.

L'embarras très prononcé de la parole, les tremblements des membres, les idées de grandeur ne laissent aucun doute sur un commencement de paralysie générale. Dans une protestation que le malade m'a remise, il accuse beaucoup de personnes de vouloir lui nuire. Il réclame des *millions, plusieurs châteaux, des diamants, des parures*, le

tout provenant de la succession d'une tante, — Santé physique très bonne.

Tel était l'état de ce malade qui, comme on le voit par sa tenue, son calme, ses hallucinations de l'ouïe, ses idées de persécution, se rapprochait des hallucinés avec délire partiel, mais qui, en outre, avait de l'embarras de la parole, des tremblements des membres et des idées de richesse plus que suffisantes pour caractériser le délire paralytique (millions, châteaux, diamants, etc.).

Cependant, chose très remarquable, ce malade n'est mort, à Charenton, que le 15 juin 1851; c'est-à-dire qu'après dix-sept ans et des suites d'une affection des voies urinaires.

Cette observation, toute incomplète qu'elle est, me paraît cependant avoir un grand intérêt.

S'agit-il de ce qu'on appelle aujourd'hui une pseudo-paralysie générale alcoolique? C'est ce qui paraît probable, mais on comprend que l'autopsie aurait eu ici une réelle importance. Toujours est-il que la maladie s'est prolongée pendant dix-sept ans et que d'après la note inscrite au registre de Charenton, M. de G. n'aurait pas succombé aux suites de la paralysie générale, mais bien à une affection des voies urinaires.

ASILE DE VILLE-ÉVRARD. — M. ESPIAU DE LAMAESTRE

DIRECTEUR MÉDECIN EN CHEF.

Crises hystériques chez un homme atteint de paralysie générale. — Par le Dr Philippe Rey, médecin adjoint.

SOMMAIRE. — Homme, vingt-cinq ans. — Séjour dans les colonies. —

— Quelques excès de boissons. — caractère habituellement bizarre. —

Père ivrogne. — Début des troubles intellectuels en 1880. — Actes

inconscients. — Idées de richesses. — Incapacité de travailler. — At-

taques convulsives. — Troubles de la parole. — 1881, paralysie générale confirmée. — Affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire. — Prédominance des idées hypochondriaques, embarras de la parole, inégalité des pupilles. — 1882, *crises hystériques*. — Alternatives d'idées hypochondriaques et de délire de satisfaction. — Apathie. — Faiblesse musculaire. — Gâtisme. — Attaques épileptiformes. — Mort. — Autopsie : lésions complètes de la paralysie générale.

Guyot Frédéric, âgé de vingt-cinq ans, typographe, entre le 9 décembre 1881 à l'asile de Ville-Évrard. Il est accompagné des certificats suivants :

5 décembre 1881. *Stupeur, ancien fantassin de marine; long séjour aux colonies. Envoyé à Cherbourg pour ses vingt-huit jours. A son retour, sa femme avait disparu. Depuis lors, hébétude, perte de mémoire, accès subits et courts de manie convulsive, conscience de son état.*

Signé : LASÈGUE.

5 décembre. *Affaiblissement des facultés intellectuelles, idées hypochondriaques. Parole légèrement hésitante.*

Signé : MAGNAN.

Voici les renseignements qui nous sont fournis par une personne de la famille : Mère morte à quarante ans d'une affection de poitrine. Père, buveur d'absinthe, ivrogne et brutal. Pas d'autre enfant que le malade. Celui-ci a été soldat aux colonies où il a eu les fièvres intermittentes et des convulsions pendant les accès. Il a eu en outre des maux de gorge, et des bronchites fréquentes. Guyot buvait quelquefois de l'absinthe; mais, rarement il avait été vu en état d'ivresse. Il n'a pas eu d'enfant. Son beau-père l'a toujours trouvé un peu bizarre.

Depuis un an (fin 1881), le caractère du malade avait changé. Il se livrait à des actes enfantins; prenait de violentes colères, sans motifs sérieux. A cette même époque, il a eu des attaques. Deux fois, il est resté par terre « raide comme une bûche »; une troisième fois, il a eu des convulsions.

Plus tard, peu de temps avant son entrée à l'asile, Guyot était devenu paresseux, il ne travaillait plus, et il vendait tout, chez lui; son appétit était prodigieux. Il disait souvent qu'il allait faire des héritages; il déclamaient quelquefois, paraissant s'adresser à des personnes invisibles; il dormait peu. Il a eu de nouvelles attaques, avec perte de connaissance, mouvements convulsifs et écume à la bouche. A la suite de l'une de ces attaques, il est resté trois jours sans pouvoir parler distinctement.

Au physique, Guyot présente les caractères suivants : taille petite, muscles peu développés, sans maigreur proprement dite; barbe assez rare, teint brun clair. Il est bien conformé. La physionomie exprime la tristesse.

Il est impossible d'obtenir du malade le récit de ce qui lui est arrivé; il sait à peine le cours du temps; il se dit très malheureux, malade, sans qu'il puisse préciser le siège de ses souffrances. A l'examen attentif des différents organes; on ne trouve rien d'anormal; l'impulsion cardiaque est seulement un peu forte. L'embarras de la parole est notable ainsi que le tremblement de la langue et de l'orbiculaire des lèvres. Les pupilles sont inégales.

Le certificat immédiat délivré par M. de Lamaestre est ainsi conçu : *Démence paralytique, dépression mélancolique, embarras de la parole, pupilles inégales*. Ce diagnostic est confirmé par le certificat de quinzaine.

En janvier, le malade est dans un état de mélancolie plus prononcé; il refuse de se lever, de prendre ses repas; il prétend qu'il est mort; il entend des voix qui le menacent. Les infirmiers l'habillent, et le portent dans la salle de réunion où il passe une partie de la journée, étendu sur un banc ou sur le parquet. Il est nourri au moyen de la sonde œsophagienne. Un matin, au moment de la visite, nous trouvons le malade alité; il ne fait aucun mouvement, ne répond à aucune question. Sachant qu'il n'a pris cette attitude qu'à notre arrivée dans le dortoir, nous insistons pour

qu'il se lève. Alors éclate une crise dont voici les différentes phases : on observe, d'abord, de petits frémissements de l'orbiculaire des lèvres, comme il s'en produit sous le coup d'une vive émotion. Puis, le malade pousse de véritables cris de rage; il porte les mains à sa gorge; il s'introduit les doigts dans la bouche et en écarte violemment les commissures. Ensuite, il se raidit; le corps se soulève au-dessus du plan du lit, en formant un arc; il y a arrêt de la respiration, gonflement du cou. Puis, la résolution arrive et s'accompagne d'un flot de salive filante et de larmes. La durée de ces accidents est de quelques minutes. Pas de stertor, pas d'état comateux. La sensibilité est un peu obtuse. La crise terminée, le malade n'est étranger à rien de ce qui se fait autour de lui; il paraît vivement contrarié. Du reste, peu de temps après, il se lève, se montre plus satisfait, prend ses repas, aide les gardiens, et chante des motifs d'opéra à pleine voix.

Le lendemain, le malade est content; même état que la veille, après son accès.

Le jour suivant, nous le trouvons alité et nous assistons à une crise en tous points semblable à la première.

La température prise dans l'aisselle, à la fin de la période tonique, est de 36° 5; pouls 68. La sensibilité est obtuse.

Pendant plusieurs jours, ces crises ont un caractère intermittent, à type tierce bien marqué. Elles deviennent ensuite plus fréquentes, se renouvellent quelquefois durant plusieurs jours consécutifs, mais toujours le matin et pendant la visite. L'accès est unique. Quelquefois, le malade prend l'attitude du crucifiement. S'il nous arrive de passer près de son lit, sans nous y arrêter, Guyot cherche à attirer l'attention par des mouvements désordonnés, des plaintes : il rejette ses couvertures, quitte sa chemise; se montre tout nu, mais l'attaque ne vient pas.

Jusqu'au mois de juillet, on observe des alternatives de

délire hypochondriaque et d'idées de satisfaction ; parfois, de l'excitation maniaque, surtout la nuit et se traduisant par des chants ou en bavardage incohérent, des courses sans but dans le dortoir. A cette époque, le malade commence à devenir apathique ; les crises déjà beaucoup plus rares, cessent de se produire ; il s'affaiblit, gâte quelquefois, et bientôt il est nécessaire de le placer dans un quartier spécialement affecté aux malades faibles et malpropres.

En août, le malade s'affaiblit de plus en plus ; il est triste et fort gâteux. Il vomit quelquefois, après ses repas.

5 septembre. A six heures du matin, le malade a des attaques épileptiformes qui se succèdent jusqu'à huit heures. Convulsions cloniques, déviation de la tête et des yeux à gauche, écume à la bouche. La peau est brûlante, inondée de sueur. Le pouls est d'une fréquence extrême. Puis parésie des membres à droite ; mouvements très limités à gauche. Respiration stertoreuse, coma profond. Mort le 7 septembre, à dix heures du matin.

Autopsie. — Pas d'amaigrissement notable. Rien de particulier du côté du crâne et de la dure-mère. Poids de l'encéphale 1,370 grammes.

Les méninges sont épaissies, opaques, et présentent quelques suffusions sanguines par places. Adhérences avec la substance corticale assez profondes et disséminées sur les circonvolutions fronto-pariétales, sans prédominance marquée sur l'un ou sur l'autre hémisphère.

La substance grise est ramollie, principalement vers les lobes frontaux où elle est facilement isolée de la substance blanche sous-jacente.

Tous les ventricules sont couverts de granulations nombreuses et très développées.

Les organes thoraciques et abdominaux ne présentent rien de particulier.

Réflexions. — Les crises que nous avons observées chez le malade avaient particulièrement attiré notre attention.

Leur nature hystérique ne paraît pas devoir être mise en doute. L'état de la température et du pouls, pendant les accès, suffit pour les différencier des attaques épileptiformes de la paralysie générale; et du reste, ce n'est pas le tableau qu'elles représentent.

Notre malade était-il épileptique? Les mêmes raisons doivent nous faire rejeter cette hypothèse. La phase tétanique des crises en question, ainsi que la salivation, pouvaient nous faire songer à l'épilepsie; mais ces symptômes sont aussi ceux de l'hystérie et, dans notre cas, ils se sont présentés avec les caractères particuliers à cette dernière affection.

L'hystérie nous semble suffisamment démontrée par la sensation évidente de constriction à la gorge, l'attitude du malade (crucifiement, arc.), l'écoulement des larmes. Comme signes négatifs : pas d'élévation de la température, absence de mouvements cloniques avec prédominance à droite ou à gauche; pas de stertor, pas de coma.

On notera en outre le caractère capricieux du malade et, peut-être, une certaine participation de la volonté dans la production des attaques, sans qu'il y ait lieu de supposer la simulation.

C'est assurément un cas des plus rares, et pour cela, nous avons essayé de répondre d'avance aux objections qui peuvent être faites.

Bizarreries, crises, intermittence, passage rapide de la dépression mélancolique la plus profonde à un état de parfait contentement, toutes ces manifestations ont donné à la paralysie générale une physionomie insolite. Toutefois, la marche de cette affection ne paraît pas avoir été notablement influencée.

Le malade est tombé assez rapidement dans la démence et dans le gâtisme. Il a eu des attaques franchement épileptiformes auxquelles il a succombé.

Notre excellent collègue et ami, M. le Dr Régis, qui s'est

occupé de la paralysie générale chez la femme, a observé que cette affection ne se développe qu'exceptionnellement chez la femme hystérique. Si, comme tend à le croire M. Régis, il existe une antipathie profonde entre le tempérament nerveux et la paralysie générale, il est encore plus surprenant de trouver leur association chez un sujet du sexe masculin.

Le jeune âge du malade est une autre particularité digne d'être notée.

80

ASILE DE MARÉVILLE. — M. LE D^r SIZARET.

Observation d'un cas de guérison après huit ans de séjour à l'asile, extraite textuellement des notes mensuelles.

9 avril 1870. La nommée F... Pauline-Eugénie, femme J..., entrée hier à l'asile, est atteinte d'aliénation mentale. Les renseignements encore incomplets que nous avons sur cette malade, constatent qu'elle a des idées de suicide. Elle se présente à nous avec toutes les apparences d'une torpeur profonde, physique et morale. On a beaucoup de peine à obtenir une réponse aux questions qu'on lui adresse. Elle parait sous le coup d'idées terrifiantes de persécution. Il est probable aussi qu'elle a des scrupules exagérés, qu'elle se croit indigne de soins et d'attentions. Quand je lui demande ce matin comment elle se trouve à l'asile, elle me répond qu'elle s'y trouve *trop bien*. Je suis d'avis que l'isolement à l'asile de M^{me} J... était chose nécessaire et qu'elle doit y être maintenue. — *Signé* : BULARD.

24 avril. La nommée F... Pauline-Eugénie, femme J..., entrée à l'asile il y a quinze jours, est atteinte de folie hypochondriaque (lypémanie) avec prédominance du délire des persécutions.

Les renseignements que nous avons eus depuis peu semblent indiquer des antécédents héréditaires mauvais. Le

grand-père est mort aliéné, il se livrait à des excès alcooliques, ainsi que le père, paraît-il. La seule amélioration obtenue dans l'état de M^{me} J...; depuis son entrée à l'asile, c'est qu'elle mange mieux et qu'elle s'occupe assez bien, mais elle est toujours sombre, triste, persuadée qu'elle est perdue, damnée, qu'elle a fait et qu'elle fait du mal à tout le monde. M^{me} J... doit être maintenue dans l'établissement.

— *Signé*: BULARD.

25 mai. J'attendais toujours pour donner des nouvelles à la famille de M^{me} J..., dans l'espoir de les donner meilleures. Hélas! il n'en est rien. Depuis la visite de son père, la pauvre dame a toujours été mal. Toujours tourmentée par ses mêmes idées délirantes, elle répète sans cesse les mêmes choses, qu'elle est une malheureuse, qu'elle a fait *tant de mal* à tout le monde, qu'elle en a fait *tant ici*, etc. Avec cela, très souvent, elle ne veut pas manger et on a les plus grandes peines à lui faire prendre les aliments. On a bien de la peine souvent aussi à l'empêcher de s'arracher la figure, ou de se frapper la tête à terre. Depuis deux ou trois jours surtout, elle est plus troublée, agitée et difficile que jamais. Pendant les premiers temps, cette agitation avait lieu aussi la nuit, et la pauvre malade ne dormait guère. Depuis trois semaines environ, je lui donne une potion qui la fait dormir une grande partie de la nuit, mais au réveil, elle pousse des cris et son agitation revient. Malgré ce triste état mental, la santé physique est satisfaisante; je ne puis dissimuler à la famille de M^{me} J... toute la gravité de la situation, mais, malgré cela, je ne perds pas l'espoir de la guérir. — *Signé*: BULARD.

20 juin. Depuis quelque temps, quelques jours plutôt, il y a une amélioration légère dans l'état de M^{me} J...; elle est moins désordonnée, moins agitée, elle fait moins de difficultés pour manger, pour se tenir habillée. Elle a des furoncles. L'état mental ne présente pas encore beaucoup de modifications heureuses. — *Signé*: BULARD.

9 juillet. J'avais essayé de faire écrire une lettre à M^{me} J... pour son mari, voilà tout ce que j'ai pu obtenir. (La lettre manquée.) Cependant, il y a dans la situation de la malade une amélioration sensible. Elle est un peu moins apathique et moins inerte, elle travaille assez bien, mais il faut la pousser et surveiller ce qu'elle fait. Elle mange seule maintenant, se tient mieux habillée. Ses idées sont encore bien troublées, et l'on a de la peine à avoir d'elle une réponse lorsqu'on lui adresse la parole. La santé physique est bien meilleure; malgré toute la gravité de la situation, je ne désespère pas d'arriver à en triompher. — *Signé* : BULARD.

23 juillet. Depuis quelques jours, M^{me} J... est moins bien qu'elle n'était. Elle est retombée dans son apathie et son inertie ordinaires. Elle résiste à tout ce qu'on veut lui faire faire. Par moments, principalement l'après-midi et le soir, elle s'excite brusquement, va, vient, court, pousse des cris. Cette agitation se reproduit aussi quelquefois la nuit. La lettre de son mari n'a guère produit de résultat heureux — *Signé* : BULARD.

20 septembre. Depuis quelques jours, il semble encore qu'il doive y avoir une amélioration dans l'état de M^{me} J... Depuis sept ou huit nuits, elle est plus calme, reste au lit, dort un peu, bien qu'elle ne prenne plus de chloral depuis le 4 septembre. Elle travaille mieux aussi; ses sentiments affectifs semblent se réveiller, mais elle est encore bien troublée. Sa santé physique est meilleure. Elle vient encore d'avoir un furoncle dans le dos. — *Signé* : BULARD.

12 novembre. Depuis le 25 octobre, M^{me} J... est retombée dans une mauvaise période; elle est bien troublée, bien difficile à diriger; elle déchire, casse, si l'on n'y veille pas. Elle va, vient, a l'air égaré, stupide, ne fait presque plus rien. Sa santé est bonne. Il y a onze jours, elle a eu des vomissements qui n'ont pas persisté. — *Signé* : BULARD.

15 décembre. Un peu mieux depuis une huitaine de jours.

7 janvier 1871. Après la visite qu'elle a reçue il y a quel-

ques jours, M^{me} J... a été bien excitée pendant près d'une heure, puis elle s'est calmée, et depuis elle a été plutôt mieux. Sa tenue générale est plus convenable et l'on n'a guère à se plaindre d'elle. Elle a plusieurs fois manifesté le désir de voir son mari et son enfant. Je crois qu'une visite pourrait être tentée et que peut-être elle pourrait avoir un heureux résultat. M^{me} J... se porte très bien physiquement.

— *Signé* : BULARD.

16 février. Par suite d'un malentendu, le bulletin ci-dessus n'est parvenu que fort tard au mari de M^{me} J...; celle-ci était très fâchée contre lui de ce qu'il ne vient pas la voir, ce qui prouve que ses sentiments affectifs sont bien vivaces encore. Il est venu avant-hier ; elle l'a bien reçu, mais elle voulait partir avec lui. Elle est toujours bien troublée, bien perdue, hallucinée très probablement. Elle veut mourir pour son mari ; elle croit qu'on lui fait du mal et à son enfant aussi. La plupart du temps elle est comme en torpeur, en stupeur ; on a la plus grande peine à en tirer une réponse ; elle reste quelquefois immobile et les yeux fermés, puis tout à coup elle s'excite, court dans le jardin, crie. J'espère cependant qu'elle guérira. — *Signé* : BULARD.

8 mars. La santé physique de M^{me} J... est aussi satisfaisante que possible. Son état mental est toujours à peu de chose près le même que je l'ai indiqué à son père quand j'ai eu le plaisir de le voir. Elle a eu la visite de son mari il y a une quinzaine de jours. Elle l'a bien reçu, malgré que quelques jours avant, elle prétendait ne plus vouloir le voir. M^{me} J... est calme ; le plus généralement elle travaille, mais elle est concentrée, sombre. Il faut beaucoup la questionner, la presser pour en avoir une réponse, puis, de temps à autre, sans que cela ait rien de régulier, de fixe, de prévu, elle s'excite brusquement, va, vient, déchire ou brise ce qui lui tombe sous la main. Je ne désespère pas de la guérir, mais je crois que ce sera long. — *Signé* : BULARD.

3 avril 1871. La situation de M^{me} J... reste à peu près stationnaire et identique à celle qu'a pu constater M. J... lui-même, lorsqu'il a vu M^{me} J... Le plus ordinairement calme, assez laborieuse, mais sombre, concentrée, il arrive souvent à M^{me} J... de s'exciter tout à coup, brusquement, sans que rien ait pu parfois le faire prévoir ; alors elle crie ou bien elle se sauve dans le jardin. Le plus souvent alors c'est contre son mari qu'elle en a. Elle prétend qu'il est un monstre, qu'il la trahit, qu'elle ne le reverra plus jamais parce qu'il a voulu sa mort *pour se remarier* avec une autre, etc., etc., tous propos qui indiquent chez elle un sentiment de jalousie profondément enraciné. — *Signé* : BULARD.

28 juin. La santé physique de M^{me} J... est satisfaisante. Malheureusement, son état mental ne se modifie guère. La pauvre dame est toujours aussi troublée, aussi hallucinée, elle conserve toujours les mêmes idées délirantes. Elle s'imagine toujours que son mari ne l'aime plus, qu'il veut sa mort, qu'il va se marier ou même qu'il est marié avec une parente qu'elle appelle Palmyre, etc.; alors elle répète qu'elle ne veut plus le revoir ni retourner avec lui. Par moments encore, elle a des agitations brusques et d'une violence très grande. — *Signé* : BULARD.

7 juillet. M^{me} J... est toujours bien troublée, elle a toujours les idées les plus folles, les plus bizarres, les plus absurdes ; c'est ainsi qu'elle prétend que son mari est remarié avec une nommée Palmyre, et autres billevesées semblables qu'on ne peut lui ôter de l'esprit. Généralement calme, sombre, isolée des autres, il lui arrive assez souvent encore de s'agiter brusquement, tout d'un coup ; alors elle se lève, court dans le jardin en criant, renverse ce qui se trouve sur son passage, brise, déchire. La guérison est encore très éloignée et bien incertaine. La santé physique est aussi satisfaisante que possible. — *Signé* : BULARD.

8 janvier 1872. M^{me} J... est constamment en état d'agitation maniaque. — *Signé* : BÉCOULET.

14 mai 1873. M^{me} J... reste toujours à peu près dans le même état. Elle est habituellement très agitée et très difficile à conduire. On ne peut lui adresser la parole sans qu'elle entre immédiatement dans un état de surexcitation extrême. La santé physique est très bonne. — *Signé* : DELAPORTE.

29 août 1873. Manie chronique. Sujette à des moments d'excitation très vive allant jusqu'à la fureur et revenant souvent plusieurs fois dans la journée. Souvent camisolée, très troublée. — *Signé* : DELAPORTE.

Novembre 1873. M^{me} J... présente toujours les mêmes alternatives de calme et d'agitation furieuse. Elle a généralement un jour d'agitation sur trois. Il suffit de lui adresser la parole lorsqu'elle est calme, pour que tout à coup elle se mette en fureur, crie, profère les plus grossières injures, etc. Ces accès de fureur reviennent plusieurs fois dans la journée. Dans ses moments de calme, elle est très douce et s'occupe de travaux de couture. — *Signé* : DELAPORTE.

23 décembre 1874. M^{me} J... reste depuis longtemps dans le même état mental. Elle est presque constamment agitée, un jour sur deux. — *Signé* : DELAPORTE.

23 janvier 1875. Je n'ai malheureusement aucune modification à signaler dans l'état mental de M^{me} J... Elle est toujours sujette aux mêmes accès périodiques d'excitation maniaque. Ces accès sont séparés par des intervalles à peu près lucides de très courte durée. *Sans considérer M^{me} J... comme fatalement incurable, je pense qu'il y a maintenant pour elle bien peu de chances de guérison.* Sa santé physique est bonne. — *Signé* : DELAPORTE.

Février 1875. Presque constamment agitée et excitée ; n'a plus de période de calme, s'agite plusieurs fois par jour. Incohérente, loquace, désordonnée, quand l'accès d'agitation arrive. — *Signé* : DELAPORTE.

Novembre 1876. Agitation maniaque rémittente, paroxystique. — *Signé* : SIZART.

Août 1877. Excitation maniaque intermittente. Idées fixes. Son fils Victor est mort: on le lui cache. — *Signé: SIZARET.*

18 octobre 1877. Depuis quelque temps, l'état mental de M^{me} J... s'est un peu amélioré, en ce sens qu'elle est moins excitée et qu'elle crie moins que d'habitude. Cette amélioration est très insuffisante pour permettre la sortie de M^{me} J... qui conserve la plupart de ses idées de persécutions imaginaires, et délire régulièrement deux jours sur l'un. Si cependant l'amélioration survenue depuis quelque temps faisait de nouveaux progrès, il y aurait lieu de ne pas désespérer. — *Signé: SIZARET.*

3 février 1878. L'état mental de M^{me} J... ne permet pas sa sortie. L'agitation reparaît chez elle à chaque instant et assez violente pour rendre tout à fait impossible sa mise en liberté. Dans les intervalles de calme, M^{me} J... écrit des lettres assez sensées et qui peuvent la faire supposer beaucoup mieux qu'elle n'est réellement. — *Signé: SIZARET.*

22 mars 1878. Il y a, depuis quelque temps, une amélioration notable dans l'état de M^{me} J... Elle est plus calme, plus suivie dans ses paroles et ses actes, ne fait plus de scènes violentes. La guérison n'est toutefois pas arrivée et il serait imprudent de faire sortir la malade maintenant. Il serait bon, je pense, de venir la voir un peu plus souvent, pour satisfaire, autant que possible, son désir de voir les siens. — *Signé: SIZARET.*

24 avril 1878. M^{me} J... va parfaitement bien depuis une quinzaine de jours. Elle désire beaucoup sa sortie, et nous pensons qu'il serait peut-être nuisible de la faire trop attendre. Nous ne pouvons affirmer la solidité de la guérison, mais on peut l'espérer. — *Signé: SIZARET.*

30 avril 1878. Sortie guérie. D^r SIZARET.

M^{me} J... est retournée à C... avec son mari, et la guérison s'est parfaitement maintenue, pleine et entière; jusqu'à l'heure actuelle, 6 octobre 1882.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 31 JUILLET 1882.

Présidence de M. DALLY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

Le dépouillement de la correspondance manuscrite comprend :

1^o Une lettre de M. Motet qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

2^o Une lettre de M. Briand qui remercie la Société de l'encouragement qu'il a reçu à propos de son travail pour le prix Aubanel.

La correspondance imprimée comprend :

Le *Bulletin du manicomie de Fleurent*.

Le *Programme du congrès de l'Association pour l'avancement des sciences* qui doit se réunir à la Rochelle.

Commission des prix Aubanel et Belhomme.

M. CHRISTIAN, *rapporteur*. — Messieurs, il y aura tout à l'heure vingt ans que la veuve d'Aubanel, pour obéir aux dernières volontés de son mari, vous a généreusement dotés d'un capital important, dont les revenus devaient vous permettre de récompenser les travaux sur l'aliénation mentale que vous jugeriez dignes de vos suffrages. Vous avez déjà plusieurs fois décerné le prix Aubanel.

Dans le principe vous êtes restés fidèles à la tradition académique : mettant au concours une question déterminée, vous récompensiez les meilleurs travaux que cette question avait inspirés. Je n'ai pas à vous refaire l'histoire de ces concours. Tous n'ont pas été également heureux, ce qui est de l'essence de tous les concours. Mais ce qui est plus grave, d'année en année les concurrents sont devenus plus rares.

Cela tenait-il au choix des questions? à l'indifférence des candidats? Il est certain qu'aujourd'hui les lauriers et les récompenses des académies et des sociétés savantes ne sont plus disputés avec la même ardeur que jadis. Et ce qui arrive à la Société médico-psychologique, est signalé dans beaucoup d'autres sociétés. Est-ce un mal? Est-ce un bien? Quelle que soit l'opinion que chacun de nous puisse se faire à cet égard, nous n'en restons pas moins en présence de ce fait, — que nous avons une somme considérable à donner en prix, et que nous devons faire tous nos efforts pour attirer les concurrents, stimuler leur zèle, inspirer leurs travaux.

Actuellement vous disposez d'une somme de 3,600 fr.; peu de sociétés sont aussi fortunées. Vous avez chargé une commission composée de MM. Lasègue, Dagonet, Legrand du Saulle, Motet et moi, de dresser le programme de ce prix que vous aurez à décerner dans votre séance solennelle de 1884.

Votre commission s'est réunie, et après mûre délibération, considérant que vous avez successivement essayé, — sans aucun profit, les modifications les plus variées, — elle a pensé qu'il n'y avait qu'à revenir purement et simplement aux errements primitifs traditionnels et elle vous propose de mettre au concours une question bien limitée. Cette question serait la suivante :

« Existe-t-il des signes ou des indices qui permettent
» de reconnaître qu'une maladie mentale est héréditaire,
» en l'absence de notions sur les antécédents? Exposer ces
» caractères. »

Les concurrents auront toute liberté de limiter ou d'étendre le champ de leurs investigations. Nous ne leur demandons qu'une chose, c'est de ne s'appuyer que sur des faits précis et bien observés.

Outre le prix Aubanel, vous disposez encore, messieurs, d'un autre prix que vous devez à la libéralité de la famille de notre regretté confrère le D^r Belhomme. Ce prix est de la valeur de 900 fr., et pourra être distribué en 1885.

Votre commission a été unanime à penser que pour honorer la mémoire du donateur, il convenait de réserver ce prix pour le genre de travaux auxquels Belhomme s'était livré avec une prédilection marquée. Elle a été d'avis que le prix Belhomme devait servir à récompenser les travaux

afférant à l'idiotie, et, pour limiter les recherches dans un terrain aussi vaste, elle vous propose de mettre au concours la question suivante :

« Des moyens propres à développer la faculté du langage chez les idiots. »

Vous remarquerez, messieurs, que cette question n'est pas exclusivement médicale, qu'elle est surtout pédagogique. Aussi bien nous ne prétendons pas exclure du concours ceux qui, n'étant pas médecins, s'occupent à un titre quelconque de l'éducation des idiots. Nous ne souhaitons qu'une chose, pour le prix Belhomme comme pour le prix Aubanel, c'est d'avoir l'occasion de récompenser des travaux sérieux et méritants.

M. BILLOD applaudit au choix fait par la commission du sujet de question pour le prix Aubanel, et rappelle à cette occasion qu'il a traité devant la Société ce sujet : hérédité et chronicité.

M. DALLY propose une modification à la rédaction de la question pour le prix Aubanel : « peut être héréditaire », au lieu de « est héréditaire » ; l'expression héréditaires'entendant aussi bien au descendant qu'à l'ascendant, l'antécédence, dans le cas de folie héréditaire, pouvant entraîner la conséquence.

M. FALRET. — On demande dans la question l'étude des caractères que Morel appelait les stigmates de l'hérédité ; étant donné le langage courant, la modification est inutile.

M. LEGRAND DU SAULLE. — Voici ce que demande la question : un cas de folie étant donné, cette folie est-elle héréditaire, c'est-à-dire transmise ou acquise ?

M. DELASIAUVE. — Cette question se comprend d'elle-même ; des questions analogues autres que celles d'hérédité se posent également devant un cas de folie. Voici une manie, quels sont les caractères qui permettent de la caractériser manie épileptique ? Voilà un délirium tremens, sans aucun renseignement, ce qui arrive très fréquemment : quels caractères permettent de le rapporter à l'alcoolisme ?

M. BOUCHEREAU. — Comme la question s'adresse à des candidats, il vaudrait mieux préciser la question pour lever tout doute à ce sujet.

M. DALLY propose l'expression : est d'origine héréditaire.

M. FALRET propose : est due à l'hérédité.

La Société consultée est d'avis d'admettre les termes contenus dans le rapport.

Les conclusions du rapport pour le prix Aubanel et pour le prix Belhomme sont adoptées.

Discussion sur les asiles d'aliénés criminels.

(Suite.)

M. BILLOD. — J'étais absent de France, lorsqu'a eu lieu votre première discussion sur les asiles d'aliénés criminels; je n'ai donc pu y prendre part, comme je l'eusse fait sans doute, si j'avais été présent.

Après en avoir lu, depuis mon retour, le compte rendu dans nos *Annales*, je déclare que ce n'aurait pu être que pour me ranger à l'opinion de ceux de nos collègues qui ont soutenu la cause de la création d'un asile spécial pour les aliénés dits criminels. J'en eusse certainement pris occasion pour revenir sur un point que j'ai déjà traité et auquel j'attache une importance capitale, car il y va, suivant moi, d'un véritable danger social. Je veux parler de la nécessité de remplir une lacune de la loi du 30 juin 1838, soit par une revision de cette loi, soit, si on peut en trouver, par un ensemble de dispositions administratives propres à y suppléer. Cette lacune est relative aux aliénés dits criminels qui, séquestrés dans l'établissement spécial, après avoir été l'objet d'une ordonnance de non-lieu ou d'un verdict d'acquiescement, y trouvent la guérison, mais en présentant des chances de rechute avec les mêmes tendances que celles qui ont caractérisé la première atteinte. Ce n'est pas le tout, eussé-je dit, que de créer des asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels, encore faut-il qu'on puisse y maintenir sans commettre d'illégalité ceux dont la guérison n'est que relative et dont le retour dans la société y serait fatalement marqué par la perpétration d'un nouveau crime. Une nouvelle discussion s'étant, je le vois, ouverte sur les asiles d'aliénés dits criminels, je demande à la Société la permission d'en prendre occasion pour exposer mon opinion personnelle sur ce point et de le faire sous forme de réponse au questionnaire que j'ai reçu avec ma lettre de convocation.

A la question : faut-il créer un asile spécial pour les aliénés dits criminels ? je n'hésite pas, pour ce qui me concerne, à faire une réponse affirmative.

Il me répugne, en effet, d'admettre la moindre promis-

cuité entre les aliénés portant le stigmate d'une condamnation et ceux qui en sont indemnes.

Si, parmi ces derniers, il en est que leur état mental rende insensibles et indifférents à une telle promiscuité, il faut considérer qu'il y a derrière eux des familles qui y sont ou qui doivent y être sensibles pour leur compte, et des susceptibilités desquelles il importe de se préoccuper. Il y a, d'ailleurs, des aliénés dont le délire est assez partiel pour se concilier avec l'intégrité du sens moral et pour qu'ils souffrent réellement de se savoir dans le même établissement que des hommes flétris par une condamnation, ou seulement entachés de l'antécédent d'un crime qui eût entraîné pour eux une condamnation, si l'on n'avait reconnu qu'ils étaient aliénés et partant irresponsables, au moment où ils l'ont commis.

Le fait d'être, dans un établissement commun, séparés de ces hommes et de n'avoir aucun contact avec eux, peut bien atténuer l'effet produit par une simultanéité de présence qu'il m'est impossible de ne pas considérer comme regrettable, mais il ne saurait le détruire complètement.

J'ai eu plusieurs fois, dans le cours de ma carrière, occasion de constater les déplorables effets de la promiscuité dont je parle, et je puis citer à ce propos, entre autres exemples, celui d'un pensionnaire de l'asile de Maine-et-Loire, lequel reçoit les aliénés criminels venant de la maison centrale de Fontevault. Ce malade appartenant à l'aristocratie angevine était affecté d'un délire partiel que caractérisait une prédominance d'idées de persécution avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale et interprétations délirantes. Tout en protestant contre sa séquestration qu'il considérait comme illégale et arbitraire, n'ayant pas la conscience de son état mental, il l'avait assez bien supportée jusqu'au jour où il apprit qu'il se trouvait dans l'établissement des aliénés de la provenance dont je viens de parler. Son indignation devint telle alors, et se traduisit par de telles protestations, accompagnées de menaces de suicide si on ne le changeait tout au moins d'établissement, que force fut de s'en émouvoir. J'aurais cru manquer à mon devoir de médecin, si je n'avais provoqué moi-même ce changement qui eut lieu en effet. Le malade quitta l'asile de Maine-et-Loire pour entrer dans la maison de santé de notre honorable collègue, M. Goujon, mai-

son alors dirigée par notre non moins honorable collègue, M. Rota.

Parmi les raisons qui militent encore en faveur de la création d'un asile spécial pour les aliénés criminels, il en est une qui se tire de la nécessité où on est de recourir pour cette catégorie d'aliénés à des mesures de coercition et de surveillance plus strictes et plus étroites que ne le comporte le régime des asiles ordinaires, et dont l'application ne pourrait se faire, même à titre d'exception, dans ces établissements, sans en changer le caractère et sans altérer l'esprit essentiellement philanthropique de leur institution.

L'option en faveur de la création d'asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels, de préférence à l'institution dans chaque asile d'un quartier de surveillance ou de sûreté pour ces mêmes aliénés, tend généralement à prévaloir. L'Angleterre a, comme l'on sait, ouvert la voie sous ce rapport par la création de l'asile de Broadmoor, qui a été pour notre collègue M. Motet l'objet de l'étude si remarquable que vous savez.

Son exemple, suivi en ce moment par l'Italie, ne peut manquer de l'être par d'autres nations. Pour ce qui est de l'Italie, j'ai appris, en effet, pendant le séjour que je viens d'y faire, qu'on avait décidé la création de trois asiles spéciaux pour les aliénés criminels, à savoir : un pour le nord de l'Italie, à Turin ; un pour le sud, à Aversa, près de Naples, et le troisième à Imola, dans l'Emilie, pour l'Italie centrale. Cette création est due à la haute influence de l'éminent directeur général des prisons du royaume, M. Beltrani-Scalia, et fait le plus grand honneur au ministre qui l'a fait décréter.

Qu'il me soit permis, à l'occasion de la question qui s'agite, de reproduire l'extrait qui suit de la communication que j'ai faite au Congrès international de médecine mentale, dans sa séance du 5 août 1878 :

« La revision de la loi, sous le rapport dont il s'agit (lacune relative aux aliénés criminels qui, guérissant de l'aliénation mentale qui, en les exonérant de toute peine pour le crime que cette aliénation mentale leur a fait commettre, avait motivé leur internement dans l'établissement spécial, devraient, en l'état actuel de la législation, sortir de cet établissement pour rentrer dans la société, et qui ne peuvent

y rentrer qu'avec des chances certaines de rechute et par suite de récidive de leur premier crime), cette revision de la loi, dis-je, devrait être suivie d'un ensemble de mesures administratives dont la principale aurait pour objet de créer dans les asiles d'aliénés des quartiers distincts pour l'internement des aliénés dits criminels, afin de les isoler complètement des autres aliénés, ou mieux encore, *de créer des asiles spéciaux* pour cette catégorie de malades, suivant l'exemple qui nous en est donné sous ce rapport par l'Angleterre.

» Le nombre des aliénés pour lesquels cette création serait nécessaire n'est pas très considérable, et sans pouvoir en préciser le chiffre, j'estime qu'il ne saurait dépasser 600 pour toute la France. Cela étant, la création de deux asiles d'aliénés dits criminels me semblerait devoir suffire.

» La France, sous le rapport de la répartition de ses aliénés criminels entre ces deux établissements, formerait deux zones, et dans le cas où l'édification dont il s'agit serait décidée, les départements formant chacune de ces zones devraient être appelés à concourir à la dépense. »

Le principe de la création d'un asile spécial pour les aliénés dits criminels étant admis, il me reste à répondre aux questions que cette création soulève et dont le libellé se trouve dans la note annexée à nos lettres de convocation. Mais, avant de le tenter, pour ce qui me concerne, je crois nécessaire d'insister sur la distinction qu'il importe d'établir, sous le rapport de ces questions, entre les aliénés *dits criminels* et les aliénés dangereux auxquels cette qualification ne peut être appliquée, c'est-à-dire entre les aliénés qui ont subi une condamnation et les aliénés dangereux qui n'en ont pas subi, soit que la nature dangereuse de leur état mental ne se soit affirmée que par des tendances restées encore sans effet, soit qu'ayant commis un crime, ils en aient été d'emblée reconnus irresponsables et qu'ils aient par suite, pour cette cause, échappé à toute condamnation. Cette distinction préalable est d'autant plus nécessaire que la question se pose d'une façon tout à fait différente pour les uns et pour les autres. Aussi, est-ce à tort, suivant moi, que dans le libellé de la question : « Faut-il créer un asile spécial pour les aliénés dits criminels, ou suffit-il d'avoir dans chaque asile un quartier de surveillance ou de sûreté pour les aliénés dangereux ? » on a géné-

ralisé la question dans le deuxième terme en l'étendant à tous les aliénés dangereux, tandis que dans le premier on la restreignait aux aliénés *dits criminels* seulement.

A la question posée dans ces termes, il y a lieu, suivant moi, de répondre :

Pour les aliénés *dits criminels*, il faut créer un asile spécial.

Pour les aliénés dangereux, qui ne peuvent pas être qualifiés de criminels suivant le sens que l'on donne à ce mot, dans l'espèce, je distingue entre ceux qui ne sont qualifiés de dangereux qu'à raison des tendances qui forment la caractéristique de leur état mental, mais chez lesquels ces tendances sont restées sans effet, et ceux dont la qualification de dangereux se trouve justifiée par un crime ou une tentative de crime.

Pour les premiers, c'est-à-dire pour ceux qui ne sont considérés comme dangereux qu'à raison de leurs tendances et qui n'ont commis aucun crime ou tentative de crime, j'estime que leur place est dans l'asile ordinaire, mais dans un quartier spécial de cet asile. Pour les seconds, c'est-à-dire pour ceux qui ont commis un crime, bien qu'ils n'aient pour ce crime encouru aucune condamnation, parce qu'il a été reconnu qu'ils étaient aliénés au moment où ils l'ont commis, j'ai le regret de les assimiler à ceux qui ont subi une condamnation et de réclamer pour eux une place dans l'asile spécial.

D'après ce que je viens de dire, la nécessité s'impose, non seulement de créer un asile spécial pour les aliénés *dits criminels*, mais encore d'avoir dans les asiles ordinaires un quartier spécial de surveillance ou de sûreté pour les aliénés dangereux mais non criminels encore.

Sous le mérite des réflexions et des distinctions qui précèdent, j'estime qu'il y a lieu de répondre ainsi qu'il suit aux questions qui nous sont proposées :

« Première question. — A quelles catégories d'aliénés l'asile spécial serait-il applicable ? »

1^{re} Aux condamnés seulement ?

R. Non ; il y a lieu suivant moi d'en étendre l'application aux aliénés dangereux qui ont commis un crime, alors même qu'ils ont été l'objet d'une ordonnance de non-lieu ou d'un verdict d'acquiescement.

2° Aux aliénés homicides seulement ou bien à tous les genres de crimes (vols, incendies, outrages aux mœurs) ? »

R. A tous les genres de crimes, à moins que, pour ce qui est des vols, incendies et outrages aux mœurs, il soit bien établi par une expertise médicale qu'ils sont le résultat d'un de ces entraînements maladifs plus ou moins irrésistibles et correspondant à ce que l'on a nommé kleptomanie, pyromanie et érotomanie. Je prends pour exemple les cas de vol dans les magasins, lorsqu'il est bien démontré que la tendance à les commettre se rattache à un des entraînements dont je viens de parler, et forme la caractéristique d'un état mental bien défini entraînant l'irresponsabilité, en un mot, lorsqu'il est certain que cette tendance n'a rien de commun avec le mobile qui pousse les voleurs véritables et sains d'esprit. Je reconnais que, dans l'espèce des délits de cette nature, lorsqu'ils sont commis dans les conditions de l'état mental dont je parle, il serait excessif de vouloir appliquer à leurs auteurs une mesure aussi rigoureuse que celle du placement dans un asile d'aliénés criminels. Je manquerais évidemment de logique si, après avoir réagi contre la promiscuité des aliénés criminels et des autres aliénés dans les asiles ordinaires, et après m'en être prévalu pour demander la création d'un asile spécial pour les aliénés dits criminels, j'admettais dans cet asile spécial lui-même une telle promiscuité pour de simples kleptomanes.

« 3° A tous les aliénés ayant passé devant les tribunaux ou à certaines catégories seulement. (avant, pendant ou après le procès) ? »

R. A tous ceux qui y ont passé pour des crimes ou des tentatives de crimes, qu'ils aient été ou non condamnés; à moins que, dans les circonstances de la cause, les tribunaux eux-mêmes aient trouvé des motifs d'exception.

« 4° A tous les aliénés dangereux venant des autres asiles ? »

R. Je répondrais à ceux seulement qui ont été condamnés ou qui ont passé devant les tribunaux, s'il devait encore en venir des autres asiles après la promulgation de la nouvelle loi. Il est évident qu'alors les aliénés de l'espèce dont je viens de parler, seraient d'emblée dirigés sur l'asile spécial, sans passer par les autres asiles, lesquels ne renfermeraient plus, dans leurs quartiers spéciaux de surveillance et de sûreté, que les aliénés dangereux dont le carac-

tère dangereux ne se serait affirmé que par des tendances encore restées sans effet.

Deuxième question.

« Quelles seraient les dispositions spéciales de localités ou de règlements à recommander pour la sécurité intérieure de cet asile central ? »

R. L'ensemble de ces dispositions spéciales comporte une étude trop minutieuse et trop étendue pour qu'il soit possible de les formuler en dehors de tout programme bien défini. — Ce devrait être l'œuvre d'une commission spéciale.

Troisième question.

« Quelles mesures législatives devrait-on proposer pour l'admission, le séjour ou la sortie des malades de cet asile spécial ? »

R. Pour ce qui me concerne, je ne connais, en dehors de celles qui sont applicables aux aliénés de toute catégorie, d'autres mesures législatives à proposer que les mesures qui auraient pour objet l'admission et la sortie. Or, le pouvoir d'ordonner leur admission et leur sortie ne pourrait être, à mon sens, attribué qu'à l'autorité judiciaire.

Pour ce qui est, par exemple, de l'ordre d'internement dans l'asile spécial d'un aliéné ayant commis un crime, cet ordre devrait être le corollaire de l'ordonnance de non-lieu ou de l'acquittement. Dans l'hypothèse de l'ordonnance de non-lieu, le juge d'instruction, en y concluant aurait à conclure aussi à l'internement dans l'asile spécial. Dans celle de l'acquittement, la cour, en prononçant le verdict, ordonnerait en même temps le placement dans l'asile spécial; elle procéderait, dans l'espèce, à peu près comme elle procède à l'égard des mineurs dont, après les avoir acquittés, elle ordonne la détention dans une maison de correction.

Pour ce qui est de la sortie, le pouvoir de l'ordonner se déduit naturellement de celui d'ordonner l'admission. Cene pourrait être en effet qu'à l'autorité qui a prescrit l'internement qu'il dût appartenir de le faire cesser.

Quatrième question.

« Quelle serait l'autorité chargée de prononcer sur l'entrée, le séjour ou la sortie de ces malades ? Serait-ce la magistrature, une commission exclusivement médicale ou une

commission mixte? Comment, cette commission serait-elle composée et par qui serait-elle nommée?»

R. Comme déduction de la réponse que je viens de faire à la question précédente, il est permis de répondre que cette autorité ne peut être, je crois, que l'autorité judiciaire à laquelle il appartiendrait de ne se prononcer que sur le rapport d'une commission.

Cette commission, suivant moi, devrait être mixte, mais avec prédominance de l'élément médical, et elle ne pourrait être nommée que par l'autorité judiciaire qui devrait statuer sur son rapport. Quesi on objectait que, dans ma communication du 29 avril 1878, j'ai combattu la substitution que je propose aujourd'hui, de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative, pour le pouvoir d'ordonner la sortie des aliénés criminels, je répondrais qu'à l'époque où je combattais cette substitution, la question se posait autrement qu'elle ne se pose aujourd'hui. Frappé comme tout le monde, comme M. Demange lui-même, auteur d'un rapport à la Société de médecine légale, rapport concluant à ladite substitution comme moyen de mettre un frein aux sorties jugées trop faciles d'aliénés dangereux, et d'empêcher par suite la rentrée comme guéris dans la société d'individus qui, sous l'influence d'un nouvel accès de délire, peuvent commettre de nouveaux crimes, frappé, dis-je, de la lacune que présentait la législation spéciale à l'égard des aliénés guéris, mais voués fatalement à une rechute après leur sortie, je me demandais comment la substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative pour la sortie des aliénés de cette catégorie, pourrait remédier à cette lacune. J'établissais qu'en l'état de la législation, un aliéné dangereux ne pouvait, après sa guérison, sous prétexte qu'il est exposé à une rechute qui pourrait entraîner la perpétration d'un nouveau crime, être tenu sans qu'il fût commis à son égard une violation de la loi. Je faisais observer en outre que, non plus que l'autorité administrative, l'autorité judiciaire ne pourrait s'opposer à la sortie d'un tel aliéné, sans que cette violation de la loi fût commise. J'ajoutais que, dans l'hypothèse de la solution dont il s'agit, il serait au moins singulier de voir la loi violée par ceux-là mêmes qui sont chargés d'en assurer l'exécution.

« En tout état de cause, disais-je, cette nécessité de commettre une violation de la loi pour protéger la société

contre une catégorie de personnes, me semble une chose profondément regrettable, et c'est pour y remédier qu'une revision de cette même loi, si parfaite qu'elle soit d'ailleurs, me semblerait nécessaire, afin d'y introduire une disposition qui permette de maintenir séquestrés, non plus seulement les aliénés dits criminels, restant aliénés après l'action, et tant que dure leur aliénation, mais encore ceux qui guérissent, mais qui, de l'avis d'une commission de médecins, guérissent en présentant des chances certaines de rechute avec des caractères aussi dangereux que la première atteinte.

» Il ne me coûte nullement, disais-je encore, d'ajouter que, si cette revision devait se faire dans le sens que je viens d'indiquer, il me semblerait naturel que le pouvoir d'ordonner l'internement fût attribué à l'autorité judiciaire. »

M. DAGONET. — La question soumise à la Société médico-psychologique sur l'utilité de la création d'un *asile spécial d'aliénés criminels* a soulevé de plusieurs côtés de graves objections. La commission, nommée pour l'examiner à nouveau et proposer une solution, s'est trouvée en présence d'opinions contradictoires et elle n'a pas voulu trancher elle-même la difficulté; notre distingué collègue, M. le Dr Falret, qui a bien voulu se charger de faire le rapport, a cru ne pouvoir rien faire de mieux que d'établir sous la forme d'un questionnaire, une sorte de programme qui permette à la Société médico-psychologique de prendre une décision à ce sujet. — Je me propose de vous présenter à cet égard de courtes observations. — Notre honorable collègue M. le Dr Motet a exposé d'une manière très nette, dans notre dernière séance, les graves dangers que certaines catégories d'individus, devenus aliénés, pouvaient faire courir à la société et la nécessité de les soumettre à une séquestration spéciale, le plus souvent définitive.

Il existe en Angleterre l'asile de Broadmoor; dans les derniers temps, on a fondé l'asile de Gaillon en France; ce sont deux institutions destinées à recevoir les condamnés devenus aliénés, des aliénés non condamnés, mais prévenus de crime, enfin des aliénés qui n'ont subi aucune condamnation, mais qui ont commis des actes qui peuvent les faire considérer comme dangereux pour la sécurité publique. Ces aliénés sont soumis à un régime et à des règlements spéciaux, je n'entre pas à ce sujet dans des détails

qui sont connus de tout le monde. — M. Motet pense que la sécurité publique doit être avant tout sauvegardée, et que l'intérêt de la société doit l'emporter sur toute autre considération.

Je partage entièrement cette opinion ; seulement, je me demande si les moyens proposés suffiront pour garantir cet intérêt, et si l'on ne ferait pas une chose contraire à l'équité et sans profit pour personne, en envoyant *indistinctement* dans l'asile spécial des catégories d'individus, sans les soumettre à un examen médical préalable. — Je ne crois pas que la création d'un semblable asile soit un remède aux dangers que l'on ne saurait prévoir chez des aliénés, dont on n'a pas auparavant étudié la forme du délire.

Il est un principe à poser, c'est que l'aliéné ayant à subir, ou non, une condamnation, est un malade, au même titre que tous ceux que l'on recueille dans les hôpitaux et auquel on doit appliquer les meilleurs moyens pour combattre l'affection dont il est atteint.

L'asile spécial, dans lequel on l'enverrait, avec ses dispositions de maison centrale, ses règlements d'administration et de claustration particulières, ne peut offrir que des conditions défavorables au traitement rationnel de l'aliénation mentale. Au moins serait-il convenable, avant de prendre une aussi grave mesure, de bien distinguer le genre de folie qui la rendrait nécessaire et de ne pas admettre pour unique raison le fait de se trouver en présence d'un homme qui a commis un acte criminel ou qui a subi une condamnation.

Il est évident qu'à ce compte une institution, telle que Broadmoor ou Gaillon, pourrait renfermer une foule d'individus atteints des maladies les plus inoffensives, de démence, de paralysie, qui sont plus ou moins tombés en enfance, d'autres enfin dont le délire aurait subi une transformation et qui ne doivent plus être considérés comme dangereux. Est-ce que par hasard, un condamné, parce qu'il devient aliéné pendant qu'il subit sa peine, est par cela même dangereux, et s'il ne l'est pas, pourquoi le priver des soins particuliers que réclame sa triste situation et l'interner dans cette maison soumise à un règlement spécial? N'est-il pas évident qu'il y a là une distinction à faire et qu'il serait humain de ne pas suivre une règle invariable? Je m'ima-

gine que Broadmoor et Gaillon doivent renfermer un grand nombre d'infortunés absolument inoffensifs.

On peut aussi se demander si l'on est bien d'accord sur ce que l'on doit entendre sous le nom d'aliénés criminels, et si les aliénés qui ont une fois commis un acte nuisible devront par cela même être toujours considérés comme des malades dangereux. Mais l'on sait qu'il existe une foule d'aliénés qui n'ont pas commis d'actes regrettables par cela seul que des circonstances indépendantes de leur volonté les en ont empêchés, et cependant la forme du délire dont ils sont atteints devrait faire prendre à leur égard les plus grandes précautions. Il est aussi des aliénés *dits criminels*, qui véritablement ne sont pas dangereux ; il suffit de les entourer de la plus insignifiante surveillance. Tous ces cas ont besoin d'être examinés et il appartient seulement à une commission compétente, c'est-à-dire médicale, d'en faire l'appréciation, d'établir la distinction nécessaire, de prendre elle-même les renseignements désirables, de prescrire enfin les indications qui doivent être remplies.

En définitive, je repousse la création d'un asile d'aliénés criminels, et si on l'adopte, je ne comprendrais pas qu'on y envoyât indistinctement et sans examen médical, telle ou telle catégorie d'individus, placés sous le coup de poursuites judiciaires ou en train de subir une condamnation. Cependant, deux objections ont été faites ; on ne saurait en méconnaître l'importance ; elles semblent devoir rendre nécessaires la création de quartiers de sûreté.

La première, c'est qu'il existe des individus profondément pervers, qui côtoient sans cesse la limite entre le crime et la folie et auxquels le régime de la prison paraît seul convenir. Leur promiscuité avec les pensionnaires honnêtes d'un asile d'aliénés devient une source de désordre, de danger et de profonde antipathie.

La seconde objection, c'est qu'il existe encore des malades que la forme particulière et heureusement exceptionnelle de leur délire rend un objet véritable de danger pour la société comme pour les asiles où ils sont recueillis. L'aliéné qui a tué notre estimable collègue le Dr Marchant, est peut-être un de ces individus. Le quartier de sûreté semble indiqué pour eux.

En pareille circonstance, des mesures spéciales me paraîs-

sent devoir être prises, mais d'une manière absolument exceptionnelle et, je le répète, après un examen médical attentif.

En résumé, je me rattacherais volontiers à l'idée de créer quatre ou cinq quartiers de sûreté dans l'un ou l'autre des asiles les plus importants, placés dans les différentes parties de la France.

Ces quartiers pourraient recevoir chacun douze aliénés environ, réputés nuisibles et provenant de la circonscription régionale à laquelle l'établissement appartiendrait.

Ils auraient l'avantage de ne pas accumuler un trop grand nombre d'individus dangereux dans un même asile, d'en permettre l'observation plus facile et de faire passer, suivant les circonstances, le malade dont l'affection aurait subi une transformation, de ce quartier de sûreté dans d'autres divisions. Le médecin en chef restant libre, d'ailleurs, d'agir comme il le jugerait à propos.

M. le Dr Falret s'est demandé quelles serait, en définitive, l'autorité chargée de prononcer l'entrée, le séjour, la sortie de ces malades. Il en a fait l'objet d'une quatrième question.

La réponse me semble facile. La seule autorité compétente ne peut être qu'une commission médicale, qui devrait alors se mettre en rapport avec le médecin en chef du service dans lequel l'aliéné criminel aurait été mis en traitement. Elle se prononcerait sur l'entrée comme sur la sortie de l'individu; rien ne s'opposerait, du reste, à ce qu'un délégué de la magistrature ou de l'administration en fût également partie.

Pourquoi cette commission ne serait-elle pas elle-même une délégation d'une commission supérieure, nommée à l'élection, devant laquelle viendraient se porter toutes les questions ayant trait à l'aliénation mentale, aux malades qui en sont atteints et à l'organisation des asiles?

Je pense donc qu'il n'y a pas lieu de créer un asile spécial d'aliénés criminels, mais qu'il pourrait être avantageux d'annexer aux asiles, placés dans différentes régions de la France, quatre ou cinq quartiers *dits de sûreté*, dont l'organisation serait à étudier.

Une commission médicale, dans laquelle l'élément judiciaire et administratif serait représenté, déciderait de l'entrée, du séjour et de la sortie du malade et de toutes les questions qui viendraient s'y rattacher.

M. DELASIAUVE. — Il faut bien distinguer parmi les aliénés à envoyer dans ces asiles spéciaux. Quelle différence entre un individu à délire vague et général, qui sous l'influence d'hallucinations commet un crime qu'il ne commettra plus, et tel autre aliéné atteint de la monomanie du crime. Certains aliénés ont des hallucinations secrètes qu'ils dissimulent et qui les rendent très dangereux, parce qu'elles les exposent à commettre des crimes même à des intervalles très éloignés. Et les déments qui peuvent commettre un crime ? Il serait utile d'examiner, d'après une statistique dressée, le genre et le nombre de malades qu'il faudrait placer dans un asile comme celui de Broadmoore.

M. Dagonet parle de la création de quatre quartiers spéciaux ; à 15 malades par quartier, cela fait 60 ; comment se fait-il qu'il y ait 600 individus à Broadmoor ? D'ailleurs, comment juger de la sortie de ces aliénés ? ils pourront rester dix ans à Broadmoor, sortir, puis commettre un crime. Je crois de tels établissements inutiles ; on doit leur préférer des quartiers spéciaux comme à Gaillon, calculés d'après le nombre des prisonniers en France et le rapport numérique des aliénés aux prisonniers.

M. LUNIER. — Le nombre des prisonniers, adultes et jeunes détenus, est de 40,000 à 50,000.

M. DELASIAUVE. — Cela ferait 660 aliénés à répartir entre six quartiers spéciaux.

M. LUNIER. — Au sujet des établissements comme Gaillon et l'asile de Broadmoor, il y a lieu d'établir des différences de fait et de destination. Le quartier d'aliénés de Gaillon est une annexe d'une maison centrale ; on y envoie les criminels aliénés, dangereux ou curables, ayant au moins une année d'emprisonnement à subir ; les autres criminels aliénés sont transférés dans les asiles les plus voisins.

Au point de vue de la destination des établissements analogues à Broadmoor, il ne faut pas oublier qu'on y place ou qu'on propose d'y séquestrer :

- 1° Des individus relevant de l'administration pénitentiaire, devenus aliénés après leur condamnation ; ceux-là, nous venons de voir qu'ils sont placés et comment ils le sont.
- 2° Les individus qui, étant aliénés, ont commis un crime et n'ont pas subi la flétrissure de la condamnation. Ceux-là doivent être séparés des autres aliénés et je serais d'avis

qu'on les internât dans des quartiers spéciaux d'asiles d'aliénés ou mieux dans des établissements spéciaux. Or, il ne faut pas oublier ce que sont aujourd'hui nos établissements d'aliénés; aucun département ne consentirait à annexer à son asile un quartier pour y placer les malades dont je viens de parler. Il est donc nécessaire de créer pour eux un ou deux asiles spéciaux. Mais si l'on crée ces asiles, quelle population y placera-t-on ? On y placerait :

1° Les aliénés qui ont commis un crime, mais n'ont pas subi de condamnation.

2° Certains individus devenus aliénés après avoir été condamnés à des peines de courte durée.

3° Les aliénés exceptionnellement dangereux, pour lesquels on est obligé de recourir à des mesures de sécurité spéciales ; il y en a à peu près 200 ou 300. Or, si je suis d'avis que nos asiles qui sont déjà des maisons ouvertes, le deviennent chaque jour davantage, c'est à la condition que ces 300 aliénés n'y séjournent plus.

Etant donnés ces aliénés à placer dans des asiles spéciaux, qui les y placera ? Pour les premiers, c'est la magistrature qui doit présider à l'entrée et à la sortie ; je m'explique : tout aliéné, ayant commis un crime passible d'une peine afflictive et infamante, serait placé *de plano* dans l'établissement spécial. En ce qui concerne la sortie, l'initiative en serait réservée au médecin ; mais elle serait décidée par l'autorité judiciaire, après enquête et expertise médico-légale ; sous la réserve, bien entendu, du droit attribué par l'art. 29 de la loi du 30 juin 1838 aux personnes retenues dans les asiles, à leurs parents ou amis, de se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation de l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Quant aux aliénés des 2° et 3° catégories, leur transfèrement dans les asiles spéciaux serait ordonné par le ministre de l'intérieur auquel serait également réservé le droit, soit de les mettre en liberté, soit de les réintégrer dans l'asile de leur département.

Je m'en tiendrai, messieurs, à ces considérations sommaires : j'ai eu si souvent l'occasion ici ou ailleurs de discuter cette question, que je me sens pas le courage de reproduire les arguments de toute sorte qui me paraissent militer en faveur de la création d'un ou plusieurs asiles

spéciaux destinés à recevoir les aliénés dits criminels.

M. DAGONET rappelle qu'avant la création de Gaillon, les asiles recevaient tous les aliénés criminels; on ne s'en plaignait pas; ils étaient d'ailleurs peu nombreux. A Stéphanfeld, M. Dagonet en recevait à peu près un par an.

M. LEGRAND DU SAULLE. — Comme membre de la commission des asiles d'aliénés criminels, j'ai le devoir de faire connaître mon opinion. En mon absence, mes collègues de la commission ont tous voté contre l'institution d'un établissement spécial. Je viens me joindre à eux et motiver mon vote peut-être inattendu.

Georget, en 1828, eut l'idée, le premier, de placer à part les malades ayant commis des actes graves et il fit platoniquement des vœux pour la création d'un quartier spécial. Brierré de Boismont, en 1846, dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, reprit cette question et la traita avec un véritable bonheur. La voix de nos devanciers ne fut point écoutée.

Le 22 février 1863, j'adressai une pétition au Sénat et je développai toutes les raisons qui me paraissaient militer en faveur de l'établissement qu'avaient rêvé Georget et Brierré de Boismont. Le texte de ma pétition se lit aux pages 482 et 483 de *La folie devant les tribunaux* (1864). M. le sénateur Ferdinand Barrot rapporta ma pétition et fit voter le renvoi au ministre de l'intérieur.

Je devins un peu plus tard médecin de l'hospice de Bicêtre et je dus faire connaissance avec l'asile spécial d'aliénés criminels, connu sous le nom de *la Sûreté*. Le tiers des malades me fut administrativement attribué. A la mort de notre collègue, M. Berthier, et pendant deux ans, je fus seul médecin de *la Sûreté* et je visitai chaque jour les trente-six aliénés criminels qui y étaient renfermés.

Ici, je suis conduit à un aveu et j'ajoute qu'il ne m'est pas pénible de le faire. J'étais entré à *la Sûreté*, avec les convictions de théoricien que j'avais accusées dans ma pétition au Sénat; mais une fois devenu praticien et placé en face des aliénés qui avaient la plupart commis des assassinats à Paris, je ne tardai pas à reconnaître que les criminels de *la Sûreté* n'étaient pas plus dangereux que les aliénés répartis dans les autres quartiers de ma section. Ces derniers n'avaient point eu l'occasion de frapper, il est vrai; mais leur état mental restait d'ailleurs le même que celui des

malades réputés criminels. Pourquoi maintenir alors dans un bain l'auteur d'un acte inconscient, tandis que l'on réserve toutes ses attentions et toutes ses indulgences pour l'aliéné, placé dans les mêmes conditions pathologiques que les criminels, mais à qui l'occasion seule de frapper a pu manquer? Avec les années et l'expérience, j'arrivai à cette conviction robuste que le bain appliqué aux fous était une inutile dureté et une mesure rétrograde dont la civilisation n'avait qu'à rougir.

Je procédai avec une sage lenteur, et insensiblement, sur un bon signé par moi, je fis entrer des criminels dans les quartiers. L'administration s'émut, prétextant la possibilité des évasions et me fit des représentations. Je couvris le directeur et assumai toutes les responsabilités. Il y a plus: des assassins guérissent et je les fis remettre en liberté. Aucun ne retomba.

Sur ces entrefaites, le conseil général de la Seine vota des fonds pour des réparations importantes à la *Sûreté* et pour la surélévation des murs de ronde. Tous les malades furent évacués et placés au quartier des agités du service de M. Berthier. Ils se conduisirent si bien et furent si semblables en tous points aux autres malades, que leur réintégration à la *Sûreté* parut plus que sévère.

Je continuai progressivement mes rapatriements successifs, et, lorsque je quittai Bicêtre, il n'y avait plus que trois ou quatre criminels à la *Sûreté*. Ce quartier cependant était presque plein! Or, savez-vous comment j'en avais comblé les vides? J'avais reçu des épileptiques indisciplinables et furibonds du service de M. Falret et des aliénés punis disciplinairement et venus des sections. C'est vous dire par là que j'avais détruit l'asile spécial d'aliénés criminels, que j'avais infirmé les opinions soutenues par moi, pendant ma jeunesse médicale, et que j'avais pris rang parmi les adversaires des bagnes d'aliénés.

Après treize ans de séjour à Bicêtre, je passe à la Salpêtrière. Là, je rencontre pêle-mêle dans mes salles un nombre relativement élevé de femmes ayant des antécédents judiciaires ou prévenues de délits et de crimes. Je crois tout d'abord à une promiscuité peut-être fâcheuse; je recherche, j'étudie et ne trouve rien à noter. Je fais laisser ouvertes les portes du service, même celles du quartier des agitées et personne ne s'est encore évadé. On a tant

exagéré, le système des asiles fermés, de l'isolement à outrance et de la mise au secret le plus absolu !

Respectons les liens sacrés de la famille ; laissons toujours visiter nos malades ; amenons les parents à leurs lits, en cas de maladie physique ; communiquons toutes leurs lettres ; autorisons des permissions et des essais de sortie provisoire ; augmentons de plus en plus leur bien-être matériel, moral et social, et nous serons sincèrement secourables. C'est là qu'est le progrès. Démolissons les asiles fermés, ouvrons les hôpitaux d'aliénés et votons énergiquement contre tout projet qui tendrait à la construction d'une bastille pour la folie !

D'après la loi, le malade est un innocent, et vous ne devez pas songer, dans votre cruelle et impopulaire dureté, à murer à jamais sa vie. Qui vous dit qu'il ne guérira pas ? Qui vous dit que votre retour aux cachots d'un autre âge ne le conduira pas tout droit au suicide ? Rappelez-vous plutôt les lettres écrites par l'aliéné criminel Thouviot, au moment où il allait violemment disparaître de la scène.

Quel est le médecin qui est sûr d'une rechute pathologique et d'une récidive criminelle ? Pourquoi faut-il condamner alors un malheureux à passer trente ans ou plus dans votre asile d'aliénés criminels, en prévision d'un attentat qu'il ne commettra peut-être jamais ? Quelque crime qu'ait pu commettre un scélérat, le jour de l'expiration de sa peine, il est libre. Assimilez pour le moins l'aliéné criminel à ce scélérat, et faites que le jour où son médecin aura répondu de lui et aura réclamé sa sortie, il puisse, lui aussi, reconquérir sa liberté. Ayons pour nos malades des entrailles sincèrement paternelles, et, sous le prétexte d'accorder à la société une protection qu'elle ne réclame nullement, ne nous transformons ni en geôliers, ni en bourreaux. Ne sortons pas de notre rôle. Restons d'honnêtes médecins.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1882.

Présidence de M. DALLY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1^o Lettre de M. Doutrebente qui désire échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre correspondant.

Il est fait droit à cette demande.

2^o Lettre de M. Ludovic Durand demandant que la commission de la statue de Pinel veuille bien se réunir pour examiner ses dessins.

M. LEGRAND DU SAULLE. — M. Lasèque réunira les membres de la commission chez lui. M. le Secrétaire général voudra bien, dès que le jour et l'heure auront été choisis, en donner connaissance.

3^o Lettre de M. Max Simon, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bron, sollicitant le titre de membre correspondant. A l'appui de sa demande, il adresse :

1^o *Hygiène de l'esprit au point de vue pratique de la préservation des maladies nerveuses et mentales.*

2^o *Le monde des rêves.*

L'examen de cette candidature est confié à une commission composée de MM. Delasiauve, Dumesnil et Christian.

4^o Lettre de M. Rota où il prie la Société d'accepter sa démission de membre titulaire et de vouloir bien le nommer membre honoraire. Cette demande est acceptée.

M. BOUCHEREAU donne communication d'une lettre du D^r Danillo, médecin assistant de la clinique des maladies nerveuses et mentales de Saint-Petersbourg, demandant à faire partie de la Société médico-psychologique. L'examen de cette candidature est confié à une commission composée de MM. Falret, Motet et Bouchereau.

M. LEGRAND DU SAULLE s'étonnant, à l'occasion du dépouillement de la correspondance, de ne pas entendre annoncer

la mort du Dr Michéa, rappelle que ce distingué collègue vient de s'éteindre à Dijon, à l'âge de 68 ans.

La correspondance imprimée comprend :

1. De la part du Dr Péters, diverses brochures contenant des extraits des *Bulletins de la société de médecine mentale belge*.

2. *Comptes rendus de la société médico-psychologique néerlandaise 1881*.

3. De la part du Dr Campan, médecin en chef de l'asile de Cadillac, *Comptes rendus de l'année 1884*.

4. Deux brochures de M Masoin : (a) *Rapport sur l'ouvrage de Guislain* (b). *Rapport sur le mémoire du Dr Semal : Les psycho-névroses dyscrasiques*.

5. *La viviezioni delli animali*, par Bagio de Miraglia.

6. *Bolletino del manicomio privato Fleurent*.

M RÉGIS dépose sur le bureau un travail sur la *paralysie générale chez la femme*.

M. COTARD présente une brochure intitulée : *Délire des négations*.

M. MOTET au nom du Dr Hake Tuke présente un volume intitulé : *Considérations historiques sur les asiles d'aliénés des Iles-Britanniques*, dont M. Foville a déjà rendu compte dans le numéro de septembre 1882 des *Annales médico-psychologiques*.

C'est avec un juste sentiment de fierté que l'auteur peut se dire que le nom des Tuke se lie à l'histoire de ce grand mouvement de réforme qui eut pour résultat l'abandon, dans le Royaume-Uni, des moyens barbares employés jusqu'alors à l'égard des aliénés. En effet, c'est la *Retraite* d'York, maison de santé fondée par Samuel Tuke, aïeul du Dr Hake Tuke qui donna l'exemple et fut le point de départ des modifications heureuses qui se produisirent dans la suite.

A la même époque, en France, Pinel réalisait ses célèbres innovations; le Dr Hake Tuke ne manque pas de rendre hommage, en passant, au célèbre réformateur et profite de l'occasion pour réduire à leur véritable valeur certaines interprétations erronées qui ont depuis longtemps cours en Angleterre, au sujet de l'illustre aliéniste.

Après la description des asiles, vient l'histoire de la législation anglaise par rapport aux aliénés; cette partie contient une foule de documents importants et retrace les

phases successives qui ont été traversées avant d'en arriver à la création de l'asile de Broadmoor.

L'ouvrage se termine par un appendice, sorte d'exposé général de la situation, où l'auteur comparant le présent au passé, se loue des efforts accomplis pour l'amélioration du sort des aliénés et rend justice notamment aux progrès réalisés en France.

M. LE PRÉSIDENT se faisant l'interprète des sentiments de la Société, tient à faire parvenir à M. Espiau de Lemaestre, blessé récemment par un malade de son service, un témoignage de sympathie, en exprimant des vœux pour sa prompte guérison.

M. ESPIAU DE LAMAESTRE, présent à la séance, se déclare sincèrement reconnaissant de cette marque d'intérêt et donne l'assurance que ses yeux, qui avaient été meurtris assez grièvement, ne s'en ressentiront bientôt plus, et que la vision ne sera nullement atteinte.

Discussion sur les asiles d'aliénés criminels (suite).

M. DALLY demande si quelque membre désire prendre la parole sur la question des asiles spéciaux pour les aliénés criminels.

La Société s'est déjà prononcée en faveur de la création d'asiles ou de quartiers spéciaux; il s'agirait de discuter maintenant les questions de détail qui ont été formulées. Dans le cas où personne ne demanderait la parole, il n'y aurait qu'à mettre aux voix l'adoption des conclusions de la commission.

M. J. FALRET. — Il serait désirable que la discussion, qui est loin d'être épuisée, fût ajournée seulement à une prochaine séance. Je rappellerai brièvement les questions posées. L'une d'elles, et celle-là était la principale, consistait à déterminer le principe de l'utilité de la création des asiles ou des quartiers spéciaux : elle a été résolue dans le sens de l'affirmative par la Société. Il nous faudrait maintenant décider successivement :

1. Quels sont les malades que l'on y placera?
 2. De quelle façon s'établiront les distinctions?
 3. Quel sera le critérium dans ce classement?
 4. Quelle sera la commission qui aura à se prononcer?
- Quelles seront les mesures législatives? Il me semble bien

difficile que la Société médico-psychologique se dispense d'aborder de telles questions et pour ma part, je demande qu'on ne les écarte pas si hâtivement de l'ordre du jour.

M. MOTET. — Je comprends tout le bien fondé de la réclamation de M. Falret. Au point de vue pourtant de l'influence que nos discussions pourraient avoir sur les décisions de la commission extraparlamentaire, je dirai que ce serait sans objet, attendu que cette commission a terminé ses travaux. Il a été décidé qu'il y avait lieu de créer soit un asile spécial, soit des quartiers spéciaux annexés à l'asile principal. Quant à déterminer quels malades y seraient placés, c'est là un point qui a été l'objet d'un sérieux examen.

Au surplus, pour vous donner, Messieurs, une idée des modifications apportées à la loi de 1838, je vous demanderai la permission de vous lire les principaux articles du nouveau projet :

SECTION III. — *Des aliénés dits criminels.*

Art. 32. Tout inculpé poursuivi pour crime ou délit qui a été relâché ou acquitté, comme irresponsable de l'acte imputé, à raison de son état mental, sera interné dans un établissement d'aliénés par mesure administrative.

Si sa sortie est demandée à une époque quelconque pour cause de guérison, elle ne pourrait être ordonnée qu'après examen de son état mental, par la Commission instituée par l'art. 40 ci-après, assistée du médecin en chef de l'asile et d'un avocat inscrit au tableau des avocats près la Cour ou le tribunal du lieu de la situation de l'asile et élu par les membres de son ordre.

Si la Commission est d'avis, à la majorité des voix, qu'il n'y a pas lieu d'autoriser la sortie, il y sera sursis pendant six mois pour la première fois, et pendant un an pour la fois suivante.

Art. 33. Sont conduits et retenus dans un asile spécial ou des quartiers spéciaux d'aliénés :

1^o Les condamnés qui, au cours de leur peine, sont atteints d'aliénation mentale.

2^o Ceux qui, antérieurement à l'époque où la folie se déclare, ont été condamnés à une peine afflictive et infamante.

3^o Ceux qui ont commis dans l'asile où ils sont placés un acte qualifié crime.

4° Ceux qui, ayant commis des crimes passibles d'une peine afflictive et infamante, ont été relevés ou acquittés comme irresponsables à raison de leur état mental.

Messieurs, dans l'esprit de la commission, les quatre catégories d'individus dont il a été parlé n'auraient évidemment être confondues; toutefois, il lui a semblé qu'il n'y avait aucun inconvénient sérieux à les rassembler dans un asile spécial. Mais cet asile, a-t-on objecté, vous allez, à ce compte, l'encombrer très rapidement, vous y placez par exemple les paralytiques. Pour obvier à cet inconvénient, la commission a décidé que ces malades pourraient être renvoyés, sur l'avis du médecin en chef de l'asile spécial, à l'asile de leur département d'origine.

M. ESPIAU DE LAMASTRE. — Les mesures seront-elles applicables aux pensionnaires?

M. MOTET. — Sans aucun doute, il ne faut pas perdre de vue, en effet, que grâce à la disparition de cette catégorie de malades des asiles ordinaires, ces établissements pourront devenir de plus en plus des asiles ouverts, résultat auquel nous devons tendre de toutes nos forces.

M. BILLOD. — Quelles sont les conditions stipulées quant à la sortie d'un aliéné criminel de cet asile spécial?

M. MOTET. — Sur ce point particulier, voici quelles ont été les mesures adoptées : il a été résolu qu'aucune décision ne serait prise sans l'avis préalable d'une commission spéciale. Si celle-ci n'est pas d'avis d'autoriser la sortie, il y sera sursis pendant six mois, pour la première fois et pendant un an pour les fois suivantes.

M. DALLY est d'avis qu'il devient superflu, les points essentiels ayant été résolus par la commission extraparlémentaire, de prolonger ce débat et en propose la clôture définitive.

M. FALRET fait remarquer qu'il y a encore utilité à examiner certains côtés de cette question. On trouverait, par exemple, dans les différentes étapes parcourues par la législation anglaise des considérations intéressantes quant aux difficultés pratiques qu'il a fallu surmonter. Il se propose d'en présenter un court aperçu dans la prochaine séance et demande, en conséquence, le maintien de la question à l'ordre du jour.

La Société se prononce en faveur du maintien à l'ordre

du jour de la question des asiles spéciaux pour les aliénés criminels.

Du mensonge chez les enfants.

M. DALLY. — Je demanderai à M. Legrand du Saulle de vouloir bien nous communiquer quelques renseignements au sujet d'un enfant de cinq ans qu'il a eu l'occasion de voir récemment. La grande presse s'est emparée de ce fait et l'a apprécié d'une façon tellement bizarre que je serais vraiment reconnaissant à M. Legrand du Saulle de nous apporter quelques explications sur le compte de cet aliéné de cinq ans.

Mais avant de céder la parole à mon honorable collègue, je désirerais dire quelques mots que me suggère cette affaire.

Il me semble qu'on a, de nos jours, une tendance fâcheuse à accepter comme paroles d'Évangile ce que racontent les malades. Lorsqu'il s'agit du jeune âge surtout, il serait pourtant prudent de se tenir en garde contre le mensonge et de ne pas négliger la part qui revient aux lectures, dans ces récits. Quant à moi, je trouve quelque naïveté à admettre la plupart de ces faits. On sait, en effet, que l'enfant est essentiellement menteur, qu'il cherche à dupée, à induire en erreur; cet âge est celui du mensonge, et ici l'avantage appartient aux petites filles; l'évolution du mensonge paraît plus tardive chez les garçons. Je déclare que ces prétendus états hystériques sont fictifs pour le plus grand nombre, car il faut distinguer ce que j'ai appelé l'état malicieux de l'état hystérique vrai.

Quand des journalistes donc viennent raconter dramatiquement les hallucinations et le délire d'un enfant de cinq ans, je suis en droit de m'inscrire en faux. N'est-il pas plus logique de se représenter cet enfant comme un petit être doué d'un naturel éveillé, lisant livres ou journaux, et imaginant une fable d'après ses lectures?

M. LEGRAND DU SAULLE. — Puisque l'occasion s'en présente, laissez-moi vous dire qu'il n'y a jamais lieu d'attacher la moindre créance aux historiettes d'aliénés dont certains journaux se montrent assez prodigues. Les faits divers des feuilles politiques ne sont plus aujourd'hui qu'une espèce de clinique quotidienne des délits, du crime, du suicide et de la folie. Lorsque les faits existent, on les arrange et on

les dramatise ; lorsqu'ils font défaut et qu'il y a disette, on imagine des surprises, des invraisemblances et des sinistres. Le journal paraît à son heure, le journaliste a touché le prix, de son *écho*, et le public qui, paraît-il, a besoin de nouvelles attrayantes et excentriques, ne fait plus de différence entre le vrai et l'invraisemblable ! L'habitude des histoires aussi saisissantes que frelatées pervertit ses tendances et oblitère son jugement.

Il y a eu toutefois quelque chose d'à peu près exact dans le fait auquel notre honorable collègue, M. Dally, vient de faire allusion. On m'a, en effet, amené à la consultation externe de la Salpêtrière, l'enfant K..., je l'ai interrogé, examiné, fait déshabiller et marcher, et voici en quels termes j'ai résumé mon appréciation diagnostique :

« Manie instinctive. Tendances homicides. Impulsions au vol. Bris fréquent d'objets. Perversité précoce. Désir de voir couler du sang. Tentative de meurtre sur son petit frère. Projet plus tard de tuer sa mère. Habitudes invétérées d'onanisme. Coxalgie. — Est dans un état mental qui nécessite son placement dans un établissement d'aliénés. »

Quelques jours s'écoulèrent. Une enquête s'ouvrit, les journalistes aux aguets allèrent interroger une famille en pleurs, des voisins et la concierge, et lorsque le malade fut présenté à l'infirmerie spéciale près le Dépôt de la préfecture de police, on commençait à beaucoup trop parler du « petit monstre » dans la presse à un sou !

Je ne sais pas quels services les *reporters* peuvent rendre à la justice, au point de vue de la recherche des délits et des crimes, mais j'estime qu'ils ne servent point la science dans le compte rendu infidèle des observations relatives à la folie. La presse a tort de braconner sur le terrain pathologique et de familiariser ses lecteurs avec toutes les tristesses de la pathologie morbide.

Je ne sais plus ce qu'est devenu l'enfant K..., mais j'aperçois ici M. Marcel Briand et peut-être notre jeune collègue a-t-il eu l'occasion de le voir dans le service de M. Magnan, à l'asile Sainte-Anne. Je lui cède donc la parole, et lui demanderai si le petit malade ne présente pas des traces d'hémiplégie incomplète.

M. DELASIAUVE. — Depuis quand cet enfant a-t-il manifesté ces impulsions ?

M. LEGRAND DU SAULLE. — Depuis six mois environ.

M. CHRISTIAN. — Les parents n'ont sans doute pas puni l'enfant dès la première fois?

M. BRIAND. — J'ai, en effet, observé ce petit malade qui est entré à Sainte-Anne, alors que, pendant les vacances, je remplaçais M. Magnan dans son service. Pris à l'improviste, je ne puis vous donner que des renseignements très peu détaillés sur cet enfant dont l'histoire est cependant assez peu ordinaire pour être facilement remarquée parmi celles des nombreux malades qui entrent quotidiennement à l'admission. Les renseignements complets manquent sur ses antécédents héréditaires; la mère raconte que le père de l'enfant était un homme un peu *original*, suivant sa propre expression. Elle ne vit avec son fils que depuis environ six mois; avant cette époque, il était en nourrice dans une ferme, où il avait constamment sous les yeux d'assez mauvais exemples. A trois ans et demi, il commençait déjà à se livrer à l'onanisme, et aucun des nombreux moyens qu'on employa ne lui fit renoncer à cette pernicieuse habitude. Sa nourrice avait depuis longtemps remarqué qu'il était surnois, méchant, qu'il s'ingéniait à maltraiter de mille façons les enfants plus jeunes que lui; et surtout qu'il prenait un malin plaisir à voir tuer et saigner les poulets et autres animaux de basse-cour. Les impulsions homicides sur lesquelles M. Legrand du Saulle vient d'attirer votre attention, ne sont pas les seules bizarreries présentées par ce petit être particulièrement instinctif.

Je passe sur une fièvre typhoïde avec complications méningitiques qu'il eut à quatre ans et dont la convalescence coïncida avec les débuts d'une coxalgie, et j'en arrive aux impulsions nombreuses qu'il a présentées depuis que sa mère l'a repris avec elle. D'une attitude habituellement triste et hébétée, si cet enfant déployait quelque intelligence, c'était seulement pour faire des méchancetés: il volait les petits objets qui lui tombaient sous la main, les clefs, les ustensiles de toilette, etc., pour les jeter ensuite dans les cabinets; il brisait les jouets de son frère plus jeune que lui; et, pour faire, suivant son expression, *enrager* sa maman, il se cachait une fois dans le salon, où il barbouillait le tapis de matières fécales. Ayant un jour remarqué qu'à la suite d'une chute, son jeune frère avait été pris d'un saignement de nez, il se sentit attiré par le désir de voir encore couler du sang; profitant alors de l'ab-

sence de sa mère, il renversa violemment l'enfant du haut d'une grande chaise sur laquelle il l'avait monté. La face porta contre terre; une épistaxis assez abondante se produisit et le jeune malade alla ramasser le sang pour s'en frotter les mains. « *Je veux tuer le petit,* » disait-il souvent à sa mère. Celle-ci, justement effrayée, se décida à prendre les mesures qui amenèrent l'enfant à Sainte-Anne.

C'est avec la plus complète indifférence qu'il répondit à toutes les questions qui lui furent posées à son arrivée. « *Je veux voir couler du sang,* répétait-il sans cesse, *il n'y a que cela qui m'amuse.* »

Tu n'aimes donc pas ta mère pour chercher ainsi à lui faire de la peine? — « *Comment voulez-vous que je l'aime, je ne m'aime pas moi-même; je veux la tuer pour avoir ses sous. Si je ne peux pas maintenant, j'attendrai d'être plus grand.* »

Son visage même s'éclaira d'une étrange façon, quand je lui demandai s'il serait heureux de voir quelqu'un l'aider dans cette circonstance. Cette idée semblait lui ouvrir des horizons nouveaux, auxquels il n'avait pas encore pensé; il ne s'est développé en lui aucun sentiment affectif.

Son âge peu avancé rendrait difficile l'appréciation exacte de son degré d'intelligence; je crois néanmoins qu'on doit classer ce malade dans cette catégorie sinon d'imbéciles, du moins de débiles, d'irréguliers, entrant dans le domaine de l'aliénation mentale par la porte de la folie morale, et présentant non pas telle ou telle monomanie impulsive déterminée, mais bien toutes sortes d'impulsions qui varient avec le milieu dans lequel vivent les sujets et aussi l'époque de leur existence à laquelle on les observe. Pour caractériser enfin d'un mot l'état de ce petit dégénéré, on peut dire de lui que c'est un « *instinctif* ».

Je pourrais rapprocher de ce cas celui d'une petite fille de onze ans, mais paraissant en avoir à peine sept ou huit, et entrée vers la même époque, dans le service. Elle volait les bijoux de sa mère, lui cachait son argent, maltraitait sa petite sœur et a même cherché une fois à l'empoisonner en lui faisant boire de force une solution de barèges; une autre fois, elle tentait de se suicider en buvant de cette même solution. Chez elle, ce sont encore les sentiments instinctifs qui prédominent, ses antécédents héréditaires sont des plus fâcheux.

M. MOTET propose de mettre à l'ordre du jour l'état

mental des enfants, leur perversité, et offre d'apporter dans cette discussion les faits de sa propre pratique. (Adopté).

De certains troubles intellectuels toxiques chez les nouvelles accouchées ou chez des opérées.

M. LEGRAND DU SAULLE. — Dans ces dernières années, j'ai été très frappé de rencontrer chez des femmes nouvellement accouchées ou récemment opérées des troubles intellectuels imputables à l'alcool. Les uns m'ont paru fugaces et bénins, les autres ont été très graves et toujours mortels.

L'alcool est un agent thérapeutique dont on abuse beaucoup aujourd'hui. On a pris l'habitude, par exemple, de donner aux nouvelles accouchées des grogs à l'eau-de-vie et au rhum. Les sages-femmes ou les infirmières qui gardent les femmes en couches, professent des théories singulièrement exagérées sur la nécessité de tonifier les jeunes mères avec des boissons alcooliques, dans les huit ou dix jours qui suivent l'accouchement. Que ces infirmières soient laïques ou religieuses, leur enthousiasme pour les grogs est le même, et elles convertissent très facilement à leur manière de voir l'entourage inexpérimenté ou crédule de la malade. Beaucoup de médecins de la ville sont d'ailleurs dans les mêmes idées.

Savez-vous ce qui arrive parfois ? Des nouvelles accouchées facilement excitables, hystériques, prédisposées héréditairement aux affections mentales, s'exaltent, causent avec volubilité, pleurent, divaguent et s'hallucinent; elles dorment mal, ont un sommeil très agité, se réveillent en sursaut et ont peur. Elles ont très peu d'appétit, ont la langue un peu blanche, transpirent facilement, mais ont le pouls oscillant entre 75 et 85. L'état du pouls serait bien fait pour rassurer tout le monde, et cependant l'alarme est dans la maison. On croit à un début de péritonite, à l'invasion d'une fièvre grave, à la folie puerpérale!

Je me suis déjà trouvé au moins huit fois en face de cas semblables. Après un minutieux examen, lorsqu'on se trouve seul à seul avec le médecin traitant, on n'a qu'à lui dire ceci : « Votre malade a un peu d'alcoolisme, suspendez les grogs et elle sera guérie dans trois jours. » On rassure

les familles avec chaleur et conviction, et tout est dit. Les choses se passent absolument comme on l'a annoncé.

Si, dans ce premier groupe de faits, on en est aisément quitte pour la peur, il n'en est plus de même dans les cas qui vont suivre.

Des chirurgiens éminents, après de grandes opérations ayant donné lieu à d'importantes pertes de sang, prescrivent de l'eau-de-vie ou du rhum. Dans un cas, après une hémorrhagie considérable, il a été prescrit une cuillerée à bouche de rhum, de quart d'heure en quart d'heure!

Un délire alcoolique aigu très grave, avec hallucinations terrifiantes, éclate rapidement. Le pouls s'élève à 110, 120, 130. La température monte très haut. Sous prétexte de délire, un médecin aliéniste est appelé en consultation, toute affaire cessante. On arrive, on se rend compte de la situation et l'on a le devoir de faire pressentir une catastrophe à bref délai. On n'est cru par personne, et pendant le temps que la famille met à appeler un autre médecin, à rappeler le chirurgien ou à provoquer une consultation nombreuse et tout à fait décisive, la malade, à bout de cris, de vociférations, de terreurs, de sueur profuse, se calme, se tait, paraît s'assoupir, respire mal et succombe. L'opération chirurgicale a pu réussir, mais le *delirium tremens* a amené la mort. Voilà le fait brutal et je vous le livre tel quel. J'ai vu quatre cas de ce genre, tous les quatre chez des femmes.

L'alcoolisme léger de la nouvelle accouchée ne se produit guère, ai-je dit, que chez des femmes à prédispositions névropathiques. Je n'ai pas été extrêmement bien renseigné sur les antécédents des quatre opérées qui ont succombé, mais je suis un peu porté à croire qu'elles devaient appartenir de près ou de loin à des familles pathologiquement recommandées.

Chez ces dernières, je ne l'oublie pas, il faut tenir compte du traumatisme. Mais le traumatisme ne crée jamais le délire chez un individu correct, au point de vue cérébral. Le traumatisme devient une cause déterminante; au contraire, s'il s'agit d'une hystérique, d'un héréditaire ou d'un alcoolisé chronique. Si maintenant une alcoolisation aiguë, prescrite dans un but thérapeutique, arrive comme appoint, vous comprendrez les désordres rapides et terribles dont j'ai essayé de vous donner une idée.

Ma conclusion est celle-ci : de même que l'on évite de porter sur un diabétique le couteau chirurgical; de même que l'on s'abstient de soumettre aux inhalations de chloroforme un cardiaque ou un ancien pleurétique; de même également, il importe d'être très réservé dans l'emploi thérapeutique de l'alcool chez certains sujets se trouvant dans des conditions déterminées et d'ailleurs prévues dans l'exposé sommaire que je viens d'avoir l'honneur de vous faire.

M. MOTET reconnaît la légitimité des préoccupations de M. Legrand du Saulle et a eu récemment sous les yeux l'histoire d'un fait analogue.

M. DELASIAUVE a eu également l'occasion de constater les dangers de l'abus de l'alcool dans des circonstances semblables.

M. BOUCHEREAU, tout en admettant le grand intérêt des faits présentés par M. Legrand du Saulle, croit qu'il est bon de faire remarquer que ce danger de l'emploi de l'alcool n'est pas particulier aux circonstances qui viennent d'être signalées et qu'en cherchant bien, on pourrait probablement le constater également dans le traitement de bien d'autres maladies, la pneumonie, par exemple; où l'emploi de l'alcool est si habituel.

M. BOURDIN. — Je crois qu'il ne faut pas négliger non plus le fait de l'absorption de l'alcool, à la surface d'une plaie, cette condition favorise évidemment l'intoxication; La séance est levée à six heures.

D^r PAUL GARNIER.

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1882.

Présidence de M. DELASIAUVE.

Adoption, après lecture par M. Paul Garnier, du procès verbal de la précédente séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

M. J. FALRET. — Messieurs, il a été déposé, sur le bureau, dans la précédente séance, un mémoire de M. Cotard, intitulé : *Déliné des négations*. C'est là un titre qui a pu vous

paraître assez bizarre; permettez-moi de chercher à vous l'expliquer en quelques mots. Ainsi que vous le savez, messieurs, la mélancolie se subdivise en un grand nombre de variétés qui reposent sur des distinctions bien établies: telle est, par exemple, la mélancolie avec stupeur dont M. Baillarger a fait une espèce particulière; telle est encore la mélancolie avec conscience signalée déjà par Esquirol.

Un troisième groupe plus important est constitué par le délire des persécutions, bien mis en saillie par les travaux de MM. Lasègue et Legrand du Saulle, notamment étudié et nettement défini dans sa marche et sa terminaison, le jour où M. Foville surtout y a signalé l'intervention des idées de grandeur. Une place à part doit être également réservée à la mélancolie anxieuse. Comment confondre, en effet, cette forme avec la précédente? Le délire des persécutions est de la mélancolie active, pourrait-on dire; les malades réagissent, réclament, font les procès. La mélancolie anxieuse, se rapprochant bien plus de la mélancolie d'Esquirol, est caractérisée, au contraire, par des idées de ruine irrémédiable, de culpabilité imaginaire; dans le premier cas, l'aliéné reçoit tous ses tourments du dehors, dans le second, c'est à lui-même qu'il en attribue la cause.

A n'en pas douter, cette séparation a été un véritable progrès.

Mais, messieurs, si l'on a suivi le délire des persécutions jusque dans ses phases ultimes, il faut constater que cette recherche n'a pas été faite pour la mélancolie anxieuse. Nous savons fort bien que c'est là une forme souvent curable; mais quand la guérison n'a pas lieu, que la maladie passe à l'état chronique, qu'advient-il? C'est là un point qui avait été laissé dans l'ombre et sur lequel le travail de M. Cotard a le mérite d'attirer l'attention. Il résulte, en effet, de ses observations, que le délire des négations est à la mélancolie anxieuse ce que le délire des grandeurs est au délire des persécutions. Ce n'est donc point là une de ces innombrables fragmentations dans le genre de celles créées par Guislain, mais bien la détermination d'une évolution spéciale d'une forme mélancolique.

M. COTARD remercie M. J. Falret des commentaires si explicites dont il a bien voulu accompagner la présentation de son mémoire.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, j'ai l'honneur de présenter

à la Société la thèse inaugurale, récemment soutenue à la Faculté de Paris par un de mes internes, M. le Dr Broquère. Elle a pour titre : *Considérations sur les attaques apoplectiformes et épileptiformes de la paralysie générale*. Sur ce sujet M. Broquère a écrit une thèse remplie d'observations intéressantes, recueillies dans mon service à Charenton. Il a surtout recherché l'influence exercée par ces accidents sur la marche de la paralysie générale, et il n'hésite pas à les considérer comme des épisodes toujours funestes. Quant à l'attaque elle-même, il est possible d'en établir le pronostic immédiat, au moyen du thermomètre : dès que la température monte, dès qu'elle dépasse 40°, le danger est imminent.

En résumé, la thèse de M. Broquère m'a paru être un travail sérieux, et je suis heureux d'avoir eu à vous la présenter.

M. DELASIAUVE, à l'occasion de cette présentation, fait remarquer la possibilité d'une confusion entre l'épilepsie et l'attaque épileptiforme, simple épiphénomène de la paralysie générale, et s'informe si ce côté de la question a été examiné et discuté dans cette thèse.

M. CHRISTIAN répond que l'auteur s'est borné à étudier les attaques apoplectiformes ou épileptiformes comme complications de la paralysie générale.

M. BILLOD présente une brochure de M. le Dr Riago Miraglia sur *I Manicomii della Provincia di Napoli*.

La Société a reçu en outre :

1° *L'Art dentaire*, numéro de novembre.

2° *Le Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe*.

Du mensonge chez les enfants.

M. BOURDIN lit sur ce sujet la première partie d'un mémoire que nous reproduisons plus haut.

Dans quelle mesure, l'aliéné guéri, qui s'est plus tard rendu coupable d'un crime, peut-il bénéficier de son accès antérieur de folie ?

M. LEGRAND DU SAULLE. — La question que je viens d'énoncer m'a été très récemment posée. A la veille de donner un avis et d'encourir une grande responsabilité, je pense que la Société me permettra de l'entretenir quelques instants de l'affaire qui me préoccupe assez vivement.

Un sieur Z., sujet suisse, âgé de vingt ans et demi, remarquablement intelligent et très pervers, a commis, le 6 juillet dernier, une tentative de parricide. Or, il a été traité pendant quelques mois, en 1881, à Sainte-Anne, puis à Bicêtre.

Ce jeune homme a fréquenté pendant sept ans l'école primaire, a beaucoup travaillé, a obtenu son certificat d'études primaires et a même remporté une bourse de cent francs de la caisse d'épargne de Paris. Depuis, il a énormément lu. Placé comme apprenti ou employé de commerce, il ne tenait en place nulle part, gagnait très peu et changeait à chaque instant de patron. Il demeurait habituellement chez son père et sa mère, était d'une excessive sobriété et vivait dans la continence.

Extraordinairement indépendant, le joug du patron lui oppresse l'intelligence. Il prend la partie de se soustraire à ce qu'il appelle « les angoisses du mercenaire » et de sortir de la servitude. Ce problème le tourmente et il reconnaît qu'il n'y a que deux moyens de le résoudre : le travail persévérant ou les actes criminels. Le travail, à en juger par ce qu'il rapporte dans ces temps-ci, est un bien pauvre moyen. Reste le crime, mais l'embarras est cruel !

Z.... prétend qu'il a été souvent éconduit, à cause de son regard. Effectivement, son regard fixe et menaçant, trouble et déroute un peu. Voici comment il le définit lui-même : « C'est le regard de l'individu qui n'a pas de moyens d'existence fixes ; c'est le regard farouche d'une intelligence qui se sent supérieure et qui est rivée à la misère qui l'abrutit ; c'est le regard effrayé d'un malheureux qui sent instinctivement qu'il est sur la voie des abîmes. »

A la suite de propos étranges et de projets très suspects, ses parents le menacent de le faire enfermer dans une maison d'aliénés. Leurs « avertissements liberticides » l'humilient profondément. Il ne pense plus qu'à délier sa vie de celle de ses parents et à rêver comment il pourrait bien s'emparer du bien d'autrui. Sur ces entrefaites il tombe malade, reste six semaines à Sainte-Anne et quatre mois à Bicêtre. « J'étais en proie, dit-il, au *délire des protestations*, si naturel aux victimes de toute force brutale oppressive. »

D'après ce qu'il rapporte, il a eu à Bicêtre ses premières idées de parricide. « Si je n'étais sorti, j'aurais infaillible-

ment accompli le meurtre de mon père, un dimanche, au parloir. Mes idées malveillantes cessèrent alors comme par enchantement et elles ne seraient jamais revenues, si mes parents eussent été raisonnables avec moi. »

Z... réfléchit aux moyens de voler et aux différents genres de vol : coffre-fort brisé chez le patron ; vol d'un changeur ; vol d'un garçon de recettes ; attaques nocturnes ; vol d'un concierge, le jour du terme ; vol d'un riche voyageur, etc., » N'est pas voleur qui veut, s'écrie-t-il ; il faut un talent d'une grande habileté et un apprentissage raisonné ! » Il songe à pénétrer dans des maisons de campagne un peu isolées, habitées par un vieillard seul et une domestique. Il se fera passer pour courtier en librairie ou pour placier de vins, et il tuera le vieillard, puis la bonne, soit avec le couperet volant, soit avec l'injection d'acide prussique dans les yeux. « Mais il faut de l'argent, dit-il, pour se procurer des livraisons, des échantillons, des liqueurs, des poisons et surtout de beaux habits, car il fallait me composer une tenue très convenable. On ne peut rien faire sans argent, et, dans les temps modernes, il n'est pas si facile de s'en procurer par le travail ! Le combat de la vie est devenu hérissé de mille difficultés inconnues aux âges précédents. Une concurrence acharnée se manifeste partout où un bien quelconque est à convoiter !

» J'ai eu également la pensée de créer un journal nouveau, répondant à un des plus grands besoins de la société, et tel que son apparition eût été un grand bienfait. J'avais imaginé un nouveau procédé d'impression — l'impression à la gravure rapide — procédé que j'ai découvert en étudiant un petit manuel de gravure que j'avais acheté spécialement pour m'inspirer dans mon invention.

» Pour réaliser tout cela, je n'ai pas eu à ma disposition le nerf de la civilisation !

» Les misères d'une vie tourmentée me donnaient une ambition âpre et cruelle. Je rêvais un bien-être idéal. Je voulais de l'argent et mon indépendance ; je voulais être libre et habiter seul dans un logement à moi, car le plus grand supplice de ma vie a été d'avoir mon existence rivée à celle d'une honnête femme... ma mère ! »

Z... ne perd pas de vue qu'il a un crime à commettre. Il achète des armes pour se défendre, lorsqu'on l'arrêtera ; puis, désireux de recourir à l'empoisonnement, il se munit d'éther

et de cyanure de potassium. « Encore une fois, dit-il, je n'avais que le crime comme moyen de parvenir. Je suis une intelligence. Avec un peu d'argent, j'atteignais tous les sommets ! Mes parents me faisaient une vie d'enfer. Je ne leur demandais cependant que la paix de ma pensée. Je ne voulais ni invectives, ni menaces, ni malédictions, ni ironies amères. J'avais senti m'envahir une haine froide, préméditée, calculée, pour mon père. C'est alors que je résolus définitivement de le tuer. »

Z... fabrique un couperet. Il achète l'acier brut, trace le contour du morceau à enlever pour faire la poignée, ébauche le taillant grossièrement à la lime, fait travailler la pièce par un serrurier, et, en dernier lieu, par un taillandier. Muni enfin de son arme, il attend l'occasion.

Des difficultés d'exécution surgissent. Il tuera d'abord sa mère et il accomplira ensuite le meurtre de son père.

Depuis longtemps il avait perdu tout sentiment d'affection envers sa mère, et cependant elle lui a fait beaucoup de bien, mais il n'aime *que les gens sérieux et respectueux surtout*. Il a hésité, cependant ; il a reculé devant l'accomplissement de ce monstrueux attentat ; mais le souvenir de l'oppression de son intelligence et l'espérance de la satisfaction de son ressentiment stupide reprirent le dessus. D'ailleurs, « un être viril doit pouvoir tuer son père et sa mère. Il existe une telle misère morale dans tous les rangs de la société actuelle qu'il faut s'attendre à des théories plus étranges encore, de la part des misérables des temps futurs. Si j'avais vu les deux têtes de mes parents déposées, chacune sur une assiette séparée, sur la cheminée de ma chambre à coucher, j'aurais été satisfait de voir que ces deux cervelles ne pussent plus abrutir la mienne ! »

Enfin, après plusieurs jours d'hésitation, il demande à la boisson un appoint d'énergie. Plusieurs combats furieux se livrent entre sa conscience et sa volonté, mais sa volonté est la plus forte. Z... saisit le couperet qu'il portait sous son gilet, et, dirigeant l'arme sur sa mère, il lui assène deux coups violents à la nuque. La mère est blessée et se sauve chez les voisins. Quant à lui, il reste dans la chambre et jette le couperet dans un coin.

On vint arrêter le criminel et la blessée demanda grâce pour son fils. « Je m'approchai d'elle, je l'embrassai et je lui dis : Il est inutile que tu protestes. Couche-toi, je serai

arrêté malgré toi. Pardonne-moi, je voulais te tuer et le père après. Pardonne-moi. Elle dit oui et je l'embrassai. »

Voilà bien l'attitude d'un criminel repentant, mais jamais l'aliéné ne s'attendrit ainsi et ne se réconcilie avec sa victime. Celui qui a frappé de la sorte n'a pas eu, au temps de l'action, le douloureux honneur d'être un fou inconscient.

Z... ajoute : « Si la malheureuse m'eût témoigné dans ses rapports journaliers autant de bonté qu'elle m'en a montré après ma criminelle tentative, jamais une idée aussi monstrueuse ne me serait venue à l'esprit. Si je pouvais compter sur des juges pitoyables, je leur dirais : Soyez aussi cléments que le fut pour moi la victime. Je ne prétends pas échapper à un juste arrêt, mais limitez la peine ; douze années, c'est tout ce que je peux subir raisonnablement (1).

» Je dois le dire : autant je suis repentant si je suis considéré comme responsable, autant je suis méchant devant la perspective de passer pour un dément. Voir un fou en moi est un crime. J'ai un entier discernement du bien et du mal. »

En somme, dans cette affaire, on trouve partout la perversité et l'on rencontre bien peu la folie. Que Z... ait été passagèrement malade, il y a un an, le fait reste acquis et doit même conduire à une atténuation de responsabilité. Mais l'auteur de l'attentat du 6 juillet est loin de posséder une intelligence vulgaire et nul ne sait mieux que lui discerner le juste de l'injuste. Cela est si vrai que si, par impossible, il venait à être dirigé sur un établissement d'aliénés, pas un seul chef de service ne consentirait certainement à le garder. On ne jette point par complaisance la livrée du délire sur les épaules de l'assassin.

A notre époque, les grandes et subites élévations grisent certains hommes et leur inspirent d'immenses ambitions d'argent, d'honneur et de célébrité. Z... qui, avec un peu d'argent au point de départ, se trouvait capable d'atteindre « tous les sommets, » avait rêvé le succès, l'existence matérielle facile, la réforme de la société, la liberté sans

(2) Le 28 novembre 1882, la Cour d'assises de la Seine a admis des circonstances atténuantes en faveur de Z... et l'a condamné à la peine des travaux forcés à perpétuité.

limites, la suppression de tous les jougs, l'abolition de tous les privilèges et l'affranchissement de tous les liens, n'a réussi involontairement qu'à ne pas tuer sa mère.

Tel est en raccourci le fait clinique et médico-légal qui me préoccupe en ce moment. Je serais heureux qu'il pût m'attirer quelques bons avis et conseils de la part de mes chers et honorés collègues.

M. MAGNAN. — D'après les détails de cette observation, il paraît évident que la guérison n'a jamais été bien complète, que l'équilibre intellectuel et moral est toujours resté défectueux.

M. MOTET. — Les antécédents héréditaires de ce jeune homme sont-ils connus de M. Legrand du Saulle ?

M. LEGRAND DU SAULLE. — Oui, et j'y ai rencontré quelques tares. Mais, messieurs, je vous avouerai qu'il est, d'une part, assez difficile de faire admettre la valeur de cette hérédité morbide au tribunal et que, d'autre part, il est souvent très délicat d'aborder une pareille question devant certains magistrats. On me comprend sans peine, j'en suis sûr.

M. MAGNAN. — Tout au moins peut-on faire valoir les dispositions malades qui se manifestent dès l'enfance, et par lesquelles l'individu s'annonce déjà comme un incorrect. C'est par la réunion de tous ces phénomènes en apparence accessoires, que l'on parvient à constituer une histoire clinique où tout s'enchaîne.

M. CHRISTIAN. — Le cas en discussion peut être assimilé, en somme, à ce que nous avons tous observé, plus ou moins, en bien des circonstances. Mais je demanderai à M. Legrand du Saulle si, dans ce fait, il n'y avait pas lieu, s'il n'y avait pas nécessité même en quelque sorte d'admettre une responsabilité.

M. LEGRAND DU SAULLE. — Je me suis prononcé, en effet, pour la responsabilité, mais une responsabilité atténuée. Permettez-moi d'ajouter, messieurs, que ce fait m'a préoccupé profondément; je l'ai longtemps étudié, et dans le cours de l'examen de cette affaire, j'ai été livré à de grandes perplexités. Toutes ces considérations ont fait l'objet d'un rapport très étendu qui paraîtra dans les *Annales de médecine légale*.

M. CHRISTIAN. — Ne pourrait-on pas, pour alléguer le caractère pathologique de l'acte commis, le rapprocher d'im-

pulsions antérieures ? Il est vrai de dire, toutefois, qu'ici le crime a été longtemps prémédité.

M. LEGRAND DU SAULLE. — Mais c'est qu'en effet il y a là le fait de cette longue préméditation qu'il ne faut pas perdre de vue.

M. MAGNAN. — Il n'y a pas eu d'impulsion, c'est exact; mais il y a eu obsession. On veut, à tort, comparer un mobile pathologique à un mobile ordinaire.

M. J. FALRET. — Ce qui doit servir de base à la discussion, en cette circonstance, c'est l'étude du cas particulier et non point une thèse générale. On ne peut que se fonder sur les caractères tirés de l'individu lui-même.

M. MOTET. — M. J. Falret est allé au-devant de ma pensée et l'a formulée. Quant à la conviction à laquelle est arrivé M. Legrand du Saulle, elle est tout à la fois humaine et scientifique. Il nous a fait part de ses scrupules au sujet de la mise en valeur des antécédents héréditaires; je crois qu'en pareil cas l'on peut se départir d'une telle réserve. Au surplus, au cours du jugement, la question de cette hérédité lui sera certainement posée et dès lors il pourra répondre en toute liberté. Maintenant j'admets que cette question soit tranchée, que ces antécédents morbides soient reconnus, cela changera-t-il beaucoup les termes du procès ? Si M. Legrand du Saulle a conclu ainsi qu'il l'a fait, c'est qu'il avait des mobiles suffisants. Pour moi, messieurs, je vous avoue que je ne suis pas porté à admettre le crime accompli dans le but de se procurer de l'argent parmi ceux qui peuvent reconnaître un mobile pathologique. Dans cet ordre de faits, je rappellerai une affaire criminelle relativement récente où j'eus la grave mission de me prononcer sur la responsabilité légale, c'est celle du jeune Lemaire, être assez singulier et bizarre, qui fut condamné.

La séance est levée à six heures un quart.

D^r PAUL GARNIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNÉE 1884 (suite).

Union médicale.

1. *Contribution à l'étude des localisations cérébrales. Contusion de la région pariétale gauche : coup de bâton exactement appliqué au niveau de l'extrémité interne de la scissure de Rolando. Monoplégie associée droite consécutive. — Guérison ;* par M. Louis Delmas (n° 9).
2. *Étude sur les bourdonnements de l'oreille ;* par le docteur P. Hermet (nos 45, 48, 20, 24).

L'étude des bourdonnements de l'oreille ne sort pas, à proprement parler, de l'aliénation mentale, attendu que les aliénistes ont très souvent l'occasion de constater, chez leurs malades, des sensations subjectives de l'ouïe, et qu'ils doivent en préciser l'origine et le siège. Il me paraît donc utile de signaler ici le travail du docteur Hermet et d'en reproduire les conclusions :

1° Les bourdonnements comparés par les malades à un bruit de conque, au bruit du vent, au bruit des vagues, sont le symptôme d'un manque d'équilibre entre la pression atmosphérique et celle de l'air contenu dans la caisse ; on les rencontre dans le cas d'obstruction de la trompe d'Eustache et de corps étranger de l'oreille.

2° Ceux dont le timbre peut être rendu par le mot *djinn*, et que les malades comparent au bruit d'un jet de vapeur, au bruissement d'un feu de bois vert, au sifflement d'un bec de gaz ouvert et non allumé, sont des bruits de compression ; qu'on rencontre chaque fois que, par l'intermédiaire de la chaîne des osselets, le liquide de Cotugno se trouve comprimé.

On les observe quelquefois, et passagèrement, dans le cas de corps étranger du conduit ; le plus souvent, et d'une façon continue, dans l'ankylose de la chaîne, les adhérences entre

le tympan et le rocher, la contracture et la rétraction du muscle tenseur du tympan.

3° Les bruits musicaux sont toujours liés à une affection de l'oreille interne, et peuvent s'accompagner de titubations, de vertiges, etc.

4° Les bourdonnements isochrones au pouls, et simulant un bruit de souffle, sont constatés dans la congestion des artérioles du manche du marteau et dans les altérations vasculaires autres que celles de l'oreille.

3. *Ramollissement rouge du cerveau. — Attaque apoplectiforme sans prodromes, aphasie totale, hémiplegie droite. — Paralysie faciale incomplète, pneumonie secondaire, élévation croissante de la température, son inégalité entre les deux côtés du corps ; mort. — Autopsie : petites plaques de ramollissement rouge dans l'écorce grise de la circonvolution de Broca ; foyers multiple ; dans le corps strié gauche. — Ulcération athéromateuse siégeant sur la valvule mitrale. Noyaux diffus de pneumonie à droite ;* par le docteur Sorel (n° 33).

4. *Note sur un cas de mort paraissant avoir été causée par un accès d'hystérie à forme hydrophobique ;* par M. Maurice Raynaud (n° 37).

Observation très intéressante par le regretté Maurice Raynaud, d'une hystérique morte au milieu d'accidents qui rappellent l'hydrophobie. L'auteur, après avoir discuté plusieurs hypothèses, rapporta ces accidents à la névrose elle-même, en dépit de leur terminaison funeste.

5. *Des troubles vaso-moteurs et trophiques liés à l'alcoolisme et à quelques autres intoxications chroniques, pâleurs, et sueurs froides, asphyxie locale, œdème et gangrène des extrémités ;* par le docteur Lancereaux (nos 63, 68, 71).

6. *Observation d'hydrophobie rabique ;* par MM. les docteurs Bertholle et Ch. Eloy (n° 414).

Entre autres particularités présentées par le malade qui fait l'objet de cette observation, il faut citer l'excitation médullaire, localisée dès le début aux centres d'innervation des organes génito-urinaires, et qui détermina, comme premiers symptômes du mal, des érections, des éjaculations et de la dysurie. Les auteurs font remarquer que les troubles génésiques n'avaient jamais été signalés dans la période prodromique de l'hydrophobie et qu'on les avait seulement observés dans une période avancée de la maladie. Tel était, par exemple, le malade

dont la mort fut précédée d'éjaculations et dont Van-Swieten a pu écrire : « *Semen et animam simul efflavit.* »

7. *Accidents cérébraux déterminés par la belladone administrée à hautes doses dans le traitement d'un rhumatisme articulaire et pouvant être confondus avec les symptômes du rhumatisme cérébral* ; par le docteur Léon Blondeau (n° 419).

8. *De la fièvre intermittente d'origine émotive* ; par le docteur Rousseau (n° 420).

En dehors de la fièvre intermittente essentielle qui dérive invariablement de l'intoxication paludéenne, il existe, dit M. Rousseau, certains états fébriles qui lui empruntent la plupart de ses apparences objectives, mais qui ne constituent au fond que l'expression symptomatique d'un processus pathologique tout différent. C'est dans ce dernier groupe qu'on pourrait ranger, d'après cet auteur, la fièvre intermittente de nature purement nerveuse et qu'on voit succéder à une émotion émotive.

M. Rousseau cite trois cas de cette fièvre intermittente émotive, dont deux lui sont personnels et dont l'autre est emprunté au mémoire de Macario sur les paralysies dynamiques ou nerveuses.

M. Rousseau conclut, bien que les faits ne soient pas encore très nombreux, qu'on semble être autorisé à ranger, parmi les accidents de l'émotion, une nouvelle variété de fièvre intermittente symptomatique qui diffère de la fièvre essentielle par sa cause, mais qui s'en rapproche tellement par ses autres caractères qu'il doit être souvent possible de la méconnaître. Cette fièvre intermittente serait de nature purement névrosique et proviendrait peut-être de l'irritation morbide du plexus splénique qui paraît susceptible de produire des phénomènes de ce genre.

9. *Une leçon sur le bégaiement* ; par le D^r Chervin (n° 426).

Sur la prière de M. le professeur Lasègue, M. le D^r Chervin, directeur de l'institution des Bègues de Paris, a fait une leçon sur le bégaiement aux élèves de la clinique de la Pitié. C'est cette leçon intéressante que M. Jacques Bertillon a publiée dans l'*Union médicale*. Il est impossible de la résumer, mais on la consultera avec fruit, au point de vue surtout du traitement mécanique employé par M. Chervin pour guérir ses bègues.

18. *Des altérations du tissu osseux chez les hémiplegiques; par le D^r Debove (n° 180).*

Dans le courant de l'année 1880, M. Debove observa trois cas de fractures chez des hémiplegiques pensionnaires de Bicêtre. La fracture intéressait toujours le côté paralysé. M. Debove supposa naturellement que les os, dans les hémiplegies anciennes, subissaient des altérations qui diminuaient leur résistance aux divers traumatismes. C'est ce que démontrèrent diverses autopsies, dans lesquelles l'humérus du côté sain fut comparé à l'humérus du côté hémiplegié, à la fois au point de vue de la structure et de la composition chimique. Du côté paralysé, le canal médullaire de la diaphyse était ordinairement plus large, la substance osseuse moins compacte, plus poreuse, l'os avait un poids inférieur à celui du côté sain. Histologiquement, l'humérus du côté malade présentait une dilatation des canaux de Havers, qui avaient un diamètre double ou triple du diamètre normal. Cet élargissement des canalicules était d'autant plus marqué qu'on s'éloignait du périoste; au voisinage de la moelle, il était tel que la substance compacte était transformée en substance spongieuse. Chimiquement, une portion de la diaphyse de l'humérus de chaque côté, préalablement débarrassée de sa substance médullaire, fut analysée. La seule différence un peu notable porta sur les matières grasses, celles-ci étant représentées dans le côté sain par le chiffre de 0,34, atteignaient 4,78 dans le côté hémiplegié. Cette analyse montra donc que la constitution du tissu osseux ne variait point sous l'influence de la paralysie, et qu'il était seulement plus poreux.

Ces faits rapportés, M. Debove fait remarquer que l'attention ne s'est jamais bien fixée sur ce point particulier de pathologie. Il serait cependant intéressant, suivant lui, de savoir si les lésions osseuses, chez les hémiplegiques, interviennent pour modifier la marche habituelle de ces fractures. M. Debove n'a pas de faits personnels, mais il a appris, en consultant des notes de son collègue, M. Gillotte, que l'hémiplegie n'est pas un obstacle à la consolidation des os, et qu'au contraire elle est peut-être même un peu plus rapide, ce qui pourrait s'expliquer par la vascularité plus grande du tissu lésé.

M. Debove ne connaît sans doute pas les travaux intéressants qui ont été faits sur l'état du tissu osseux dans la paralysie générale, depuis la note si intéressante du D^r Blaute signa-

lant chez les paralytiques une prédisposition spéciale aux fractures et l'expliquant, d'accord avec son maître, M. le Dr Bonnet, par la dégénérescence graisseuse du tissu osseux, jusqu'au travail de M. Christian, publié dans les *Annales médico-psychologiques*, à la communication de M. Pozzi à la Société de chirurgie, et enfin à la thèse toute récente de M. Valion (cette thèse est postérieure à l'article de M. Debove), travaux qui montrent par des exemples nombreux, que si les fractures sont fréquentes chez les paralytiques généraux, elles marchent d'habitude vers la guérison, pour si compliquées qu'elles soient, avec une rapidité qu'on est en droit de trouver surprenante chez des malades arrivés à la période ultime de la cachexie paralytique. Il est même établi aujourd'hui que, dans certains cas, la production d'une fracture suivie de suppuration peut enrayer, retarder et même améliorer la marche de la maladie cérébrale.

Ce sont là tout autant de points qui n'eussent pas manqué d'intéresser M. Debove, s'il les eût connus.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.

4. De la paralysie alcoolique; par le Dr Lancereaux (n° 8, 11, 13).

Des cas nombreux et intéressants qu'il a observés, M. Lancereaux conclut qu'il existe une paralysie due à l'alcoolisme, et que cette paralysie présente des caractères spéciaux, Beaucoup plus commune chez la femme que chez l'homme, puisque sur 15 cas, 12 se rapportent à des femmes, elle est toujours symétrique, c'est-à-dire qu'elle se localise en même temps, et au même degré, sur les muscles homologues des deux côtés, non seulement aux membres inférieurs, mais encore aux membres supérieurs. Des extrémités, où elle débute, elle gagne peu à peu, en diminuant d'intensité, la racine des membres; l'affaiblissement est toujours plus accusé aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs, dont les fonctions sont généralement peu compromises. Les muscles extenseurs sont, dans la grande majorité des cas, plus fortement atteints que les fléchisseurs, d'où résulte une attitude spéciale des pieds et des mains des malades. La contractilité électro-musculaire, explorée dans quelques cas, était sinon abolie, du moins manifestement diminuée, circonstance qui rapproche la paralysie en question de celle que l'on observe dans l'intoxication saturnine. Deux des malades de M. Lancereaux offraient, en outre, une

anesthésie très marquée au courant faradique, qui ne leur paraissait douloureux que quand il donnait lieu, chez l'homme sain, à une sensation presque insupportable.

La généralisation de cette paralysie, la perte de la contractilité électro-musculaire, l'absence de contracture, tels sont les caractères qui la distinguent des lésions circonscrites de la moelle épinière (compression, tumeur, sclérose annulaire) et d'une sclérose systématisée.

Les symptômes de l'ataxie locomotrice sont trop différents de ceux de la paralysie des buveurs pour qu'il soit nécessaire de faire le parallèle de ces deux affections. Cependant, il y a quelquefois au début de la paralysie alcoolique des phénomènes d'incoordination motrice et d'anesthésie plantaire qui pourraient donner le change à un observateur non prévenu; mais bientôt la marche des accidents rend le diagnostic évident: le délire, les hallucinations ne permettent pas une plus longue confusion.

Au point de vue anatomique, on constate, à l'autopsie, que la paralysie des buveurs se lie à une altération des nerfs et des muscles, la moelle ne présentant aucune altération appréciable. On est donc conduit à considérer cette paralysie comme ayant une origine périphérique, une symptomatologie et une marche distinctes, et même des caractères anatomiques spéciaux.

2. *Asyllabie ou amnésie partielle et isolée de la lecture*; par le docteur Bertholle (nos 48, 49).

Observation intéressante d'un individu qui, à la suite d'une attaque congestive, marquée par des attaques épileptiformes, conserva la faculté de parler et d'écrire, mais perdit celle de lire, et cessa de pouvoir assembler par la pensée les syllabes et les mots avec cette promptitude qui permet la lecture courante. C'est à cette particularité morbide, dont il fait une variété d'aphasie partielle, que l'auteur donne le nom d'*asyllabie*. Le malade devint plus tard hémiplegique du côté droit et aphasique, à la suite de nouvelles attaques apoplectiques. Mais, pendant plusieurs années, l'*asyllabie* persista seule, en l'absence de toute aphasie, et le malade ne pouvait arriver à lire qu'en épelant ses mots, lettre par lettre, avec la plus grande lenteur. Cette dernière circonstance prouve qu'il ne s'agissait pas là de cette variété d'aphasie partielle que l'on a appelée *cécité des mots*, et qui consiste dans l'impossibilité absolue de reconnaître, par les yeux, les caractères graphiques, alors que le malade

peut parler et même écrire. Le sujet de l'observation reconnaissait et lisait les lettres, puisqu'il pouvait épeler ; il avait seulement perdu la faculté de réunir ces lettres, de coordonner, d'assembler les syllabes, en un mot, de lire couramment. C'est là, suivant l'auteur, une lésion spéciale, qu'il nomme l'asylabie.

3. *Des scléroses bilatérales de la moelle épinière consécutives à des lésions unilatérales du cerveau*, par M. A. Pitres (n° 27).

M. Pitres, après avoir rappelé les conclusions, aujourd'hui classiques, formulées par Türk, d'après lesquelles les dégénération descendantes consécutives aux lésions en foyer d'un hémisphère cérébral occupent, dans la moelle, la partie postérieure du cordon latéral du côté opposé à la lésion du cerveau (*faisceau pyramidal croisé*) et quelquefois, à la région cervicale seulement, la partie la plus interne du cordon antérieur, du côté correspondant à la lésion cérébrale (*faisceau pyramidal direct*), affirme qu'il n'en est pas toujours ainsi.

Pour sa part, dans le courant de trois années, de 1878 à 1881, il a pu constater sur 24 moelles d'hémiplégiques anciens, durcies dans des solutions étendues de bichromate d'ammoniaque, que, plusieurs fois, la dégénération siégeait sur d'autres régions que celles indiquées par la loi de Türk. Quatre fois, elle occupait symétriquement les deux cordons latéraux, bien que la lésion initiale siégeât dans un seul hémisphère cérébral.

M. Pitres conclut de ces faits qui paraissent ne pas être rares, que cette extension de la dégénération aux deux cordons latéraux est subordonnée à la distribution anatomique du faisceau pyramidal. On sait en effet, depuis les recherches de M. Flechsig, que l'entrecroisement du faisceau pyramidal est soumis à de nombreuses variétés individuelles ; complet chez certains sujets, il ne l'est qu'à moitié ou au tiers seulement chez d'autres. Il est donc probable que chez les sujets chez lesquels l'entrecroisement est complet, la dégénération secondaire est exactement limitée à un côté de la moelle, et que chez les autres elle est bilatérale.

La bilatéralité de la sclérose secondaire de la moelle peut rendre compte de certains phénomènes cliniques, et notamment l'extension d'un côté à l'autre de la trépidation épileptoïde provoquée, observée par M. Déjerine, et la contracture bilatérale des membres inférieurs, décrite par M. Brissaud. Elle pourrait expliquer aussi pourquoi certains hémiplégiques, devenus pres-

que paraplégiques, restent dans l'impossibilité absolue de se mouvoir, tandis que d'autres marchent assez facilement malgré la paralysie ou la rigidité des membres d'un côté.

4. *De la nature du goître épidémique, à propos de l'épidémie qui a sévi sur les troupes de la garnison de Belfort*; par les docteurs Charles Viry et Eugène Richard (nos 29,30).

Après avoir rappelé succinctement l'histoire de l'épidémie goitreuse de Belfort, dans laquelle 900 hommes de la garnison furent atteints simultanément, la plupart d'un goître léger, un certain nombre de goîtres moyens qui les obligeaient à laisser le cou libre et à ne plus porter le sac, quelques-uns enfin des goîtres volumineux, nécessitant leur entrée à l'infirmerie ou à l'hôpital, les auteurs se demandent quelle est la nature du goître épidémique.

L'eau était d'excellente qualité et n'a pas donné le goître à la population civile.

L'air respiré par les soldats n'a pas engendré le goître parmi les habitants de Belfort.

Il en est de même des occupations, de l'alimentation, du logement, enfin des travaux exécutés par les soldats et qui ne peuvent être incriminés.

Finalement, les auteurs concluent : 1^o que le goître épidémique est une maladie infectieuse ; 2^o que, de plus, il est transmissible de l'homme à l'homme et doit être classé, par conséquent, parmi les maladies infecto-contagieuses ; 3^o que son agent étiologique est un germe animé.

5. *Contribution à l'étude du myxœdème en basse Bretagne*; par le Dr Morvan, (nos 34,35, 36,37).

6^o *Etude anthropologique sur un nouveau cas de nanisme*; par le Dr E. Magitot (n^o 43).

Dr E. Régis.

JOURNAUX ALLEMANDS

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.

ANNÉE 1884.

1. *Les affections des reins cause d'aliénation mentale.*
— Dr Hagen à Erlangen.

Malgré leur peu de fréquence, les affections rénales, considérées comme cause d'aliénation mentale, méritent d'attirer l'attention des observateurs, non pas au point de vue du traitement, mais parce que de leur étude peut jaillir quelque lumière sur notre manière d'envisager l'étiologie et la pathogénie des affections mentales. A vrai dire, l'auteur n'a pas rempli cette partie de son programme. Les affections rénales peuvent devenir cause d'aliénation mentale par suite d'urémie aiguë ou d'urémie chronique, et les observations de M. Hagen paraissent concluantes sur ce point. Mais quant à établir la relation entre les troubles intellectuels et la présence de l'urée dans le sang, et à en tirer les conclusions destinées à éclairer la pathogénie des affections mentales, l'auteur s'en défend pour ne pas soulever des considérations qui toucheraient à la théorie des psychoses et l'entraîneraient beaucoup trop loin. Concluons donc avec lui : — Les faits qu'il a mis en évidence appelleront, de la part des observateurs, d'autres faits semblables, et, de ce faisceau de preuves, naîtra la conviction que les symptômes cérébraux de l'urémie ne consistent pas exclusivement en délire, en coma et en convulsions, comme le veut la doctrine actuelle, mais qu'il faut y joindre les phrénopathies.

2. *Sur la théorie de Richarz concernant la procréation et l'hérédité.*
— Dr Koch à Zwiefalten.

En analysant la théorie de Richarz sur la génération et l'hérédité, M. Koch y signale des contradictions et la redresse dans certains de ses parties. — Le produit masculin est, au point de vue de l'organisation, supérieur au produit féminin. Conformément à l'assertion de Richarz, le sexe d'un enfant dépend essentiellement, exclusivement, du degré de puissance de la faculté généralrice de la femme. Ce degré est-il élevé, il

naîtra un garçon, une fille dans le cas contraire. Lorsque la femme est en possession de toute sa puissance génératrice, on comprend que, produisant un garçon, elle lui transmette aussi une bonne partie de ses qualités physiques et que le garçon ressemble à sa mère. Si ce dernier ressemble à son père, il y aura déjà anomalie, anomalie d'autant plus prononcée que la ressemblance elle-même sera plus accentuée. En sens inverse, que la femme produise une fille, que, par conséquent, sa puissance affaiblie ait cédé le pas à l'influence du sperme, la fille aura toute chance de ressembler au père; mais que cette fille ressemble à sa mère, il y aura anomalie du fait du père dont l'action a été impuissante à imprimer son cachet à ce degré inférieur du développement du produit. A plus forte raison y aurait-il déviation, grave pour le produit, lorsque celui-ci ne tiendra de la ressemblance d'aucun des deux conjoints.

Ainsi, et les déductions de M. Koch sont bel et bien basées sur l'observation, la transmission croisée est la règle physiologique (transmission *ennomique* de Richarz); elle donne des produits supérieurs et se réalise bien plus souvent lorsque le père et la mère sont eux-mêmes bien doués de corps et d'esprit. — La transmission non croisée (*paranomique* de Richarz) doit être suspecte de dégénérescence; elle se rencontre souvent lorsque les conjoints souffrent ou ont souffert, eux ou leurs ascendants, d'affections du cerveau ou du système nerveux. — Entre ces deux types, doit se placer la transmission mélangée; ici, on trouvera plutôt des produits médiocres, quoique sains. — La transmission *autonomique* de Richarz (le produit n'a aucun des attributs ni du père ni de la mère) a été trouvée par M. Koch dans un vingtième des cas pathologiques observés par lui. Ici, les enfants sont absolument dégénérés.

3. *Etats de conscience morbides.* — D^r Weiss, à Vienne.

Il ne s'agit ici que de considérations physiologiques sur le mécanisme, d'après lequel certaines impressions centripètes se résolvent en mouvements centrifuges sans passer par la conscience. — Tout acte complet du système nerveux central a deux composants: l'impression perçue et le mouvement qui en résulte. La substance grise du cerveau sort de passage, de réservoir, à tout phénomène moteur centripète et centrifuge. C'est à l'empreinte laissée dans le cerveau par le passage du processus d'irritation que se rapporte la conscience dont la compréhension, du reste, se présente comme une abstraction

métaphysique qui ne répond à aucun fait concret de l'anatomie ou de la physiologie. — La répétition d'un même acte a comme conséquence d'en rapprocher les deux composants, à tel point que le stimulus centripète se résout en réaction motrice centrifuge sans que le contenu cérébral en soit affecté. C'est ce que l'ancienne philosophie appellerait obtusion de la conscience par l'habitude, ce que la physiologie désignerait sous la dénomination de transformation d'un phénomène conscient en phénomène inconscient. — Il est des degrés dans l'intensité d'un stimulus périphérique, en deçà et au delà desquels le cerveau ne perçoit plus rien, sans doute comme l'oreille ne peut percevoir des sons trop aigus ou trop graves.

Ces données physiologiques serviront à l'explication de certains phénomènes pathologiques.

L'intensité du stimulus, comme celui de l'épilepsie, donne lieu à une réaction motrice rapide et violente, et c'est cette rapidité et cette violence qui expliquent comment ce processus passe en quelque sorte en contrebande, sans solliciter le contenu cérébral. — On peut admettre sans doute que, dans beaucoup de phénomènes cérébraux physiologiques, le processus centripète est conscient et que la réaction motrice échappe seule à la conscience. Dans le cas pathologique qui nous occupe il n'en est point ainsi : l'épileptique, poussé à un acte violent par une hallucination, non-seulement ne sait rien de cet acte, mais ne sait rien non plus de l'irritation hallucinatoire qui le détermine. C'est que, dans ces cas de processus cérébraux morbides, l'impression, la sensation ou hallucination, condition des mouvements observés, sont déjà l'effet d'une irritation qui, en raison de l'intensité morbide qu'elle possède, n'entre pas en rapport avec l'ensemble fonctionnel du cerveau mais, transitant avec une véhémence et une rapidité croissantes dans la voie centrifuge, arrive inconsciente à la décharge motrice. On sait que, dans certains cas de surexcitation psychique, des impressions douloureuses ne sont pas perçues. Tel le soldat, dans la chaleur de l'action, ne s'aperçoit pas de la blessure reçue. Il en est sans doute ainsi de la surexcitation cérébrale qui s'établit chez les épileptiques au moment de la décharge des processus d'irritation.

4. *Anomalies organiques chez les aliénés.* — Dr Richter, à Dalldorf.

L'examen minutieux de 300 hommes aliénés a relevé les anomalies suivantes : calvitie partielle ou unilatérale 6; — naevus maternus 6; — déformation de la boîte crânienne (asymétrie, hydrocéphalie, microcéphalie, tête oblongue), 6; — rareté de l'homogénéité de la couleur de l'iris; — strabisme 4; déformation de l'anthélix 5; — Othématome 2; — déformation des os du nez, 77; — prognathisme 2; — asymétrie de la face, 14 (l'asymétrie de la face et celle du crâne ont une cause identique, la sténose des sutures); — lésion des valvules du cœur 5; — hernies 16; — anomalies des organes génitaux 24; déviation du rachis, 9; — anomalies du pied (absence d'orteils, pieds plats, pieds-bots, soudure des orteils) 25.

Quelle conclusion tirer de cette nomenclature d'anomalies organiques trouvées chez 200 aliénés? Aucune assurément, si l'on ne peut la comparer à celle qui résulterait de l'examen de 200 individus non aliénés. Or, ce deuxième examen est impossible. Mais voyez l'ingénieux artifice employé par l'auteur pour ne pas perdre le bénéfice de son travail! La paralysie générale est une affection *sui generis* qui, au point de vue des causes et au point de vue spécial où nous nous plaçons ici, n'a aucun rapport avec la folie en général où la dégénérescence héréditaire joue un si grand rôle. Les paralytiques peuvent donc être substitués aux individus non aliénés. Or, l'examen de 30 paralytiques n'a relevé, proportionnellement aux aliénés en général, qu'un petit nombre d'anomalies organiques. Donc, et la conclusion doit être légitime, ces anomalies sont plus fréquentes chez les aliénés que chez les personnes non aliénées. Ce que personne ne contestera.

5. *Sur les affections de la moelle épinière dans la démence paralytique, dans leur rapport avec certains phénomènes musculaires de la jambe.* — Dr Claus, à Sachsenberg.

L'action musculaire qui se produit sous l'influence de la percussion du tendon de la rotule, et qui a pour facteurs les muscles de la région postérieure et profonde de la jambe (quadriceps des Allemands), a été particulièrement étudiée par Westphal et Erb. D'après Westphal, tout malade paralytique, chez lequel il est impossible de produire la contraction du

quadriceps par la percussion du tendon rotulien, est atteint de dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle épinière, dégénérescence qui s'étend à la région lombaire de celle-ci. Il faut bien le dire, l'assertion de Westphal n'a d'autre garant que l'observation clinique; elle a aussi le tort d'être trop absolue, car ce phénomène du genou et du pied, comme on l'appelle en Allemagne, peut manquer à l'appel chez des personnes parfaitement bien portantes. En reprenant cette question, M. Claus appuie ses dix-neuf observations des résultats fournis par l'autopsie et le microscope. Pour résumer ce long travail de la manière la plus succincte, nous diviserons les dix-neuf cas de M. Claus en quatre groupes :

Premier groupe, trois observations : dégénérescence de la moelle intéressant la portion lombaire, sclérose des cordons postérieurs. — Absence du phénomène.

Deuxième groupe, quatre observations : dégénérescence des cordons de la région médullaire thoracique inférieure et lombaire, mais à un degré moindre, et avec atrophie moins prononcée des fibres nerveuses. — Production du phénomène dans ce deuxième groupe.

Troisième groupe, cinq observations : ici, l'affection qui intéresse les cordons postérieurs et, en partie, les cordons antéro-latéraux n'atteint que la région thoracique de la moelle. — Production constante du phénomène.

Quatrième groupe, sept observations : dégénérescence des cordons latéraux. Production du phénomène dans l'ensemble des cas : bien plus, les contractions du quadriceps prennent ici la forme clonique, et il est d'observation que, dans les cas de dégénérescence des cordons latéraux, le phénomène en question acquiert une intensité particulière. Un autre fait d'observation, c'est que cette intensité s'accroît encore pendant les attaques épileptiques ou apoplectiformes, d'où la conclusion que le cerveau et ses déviations pathologiques ne sont pas sans influence sur les modifications pathologiques du phénomène.

6. *De la sexualité contraire au point de vue clinique et légal.*

— D^r de Kraft-Ebing.

Il est des individus qui, malgré le développement normal et le fonctionnement régulier de leurs organes génitaux, n'éprouvent aucune attraction, mais bien plutôt de la répulsion pour les personnes du sexe opposé au leur, et dont l'orgasme géni-

tal ne se réveille qu'en présence des personnes de leur propre sexe. Dans ce cas, par ses appétits vénériens, un homme se sent femme vis-à-vis d'un autre homme, une femme se sent homme vis-à-vis d'une autre femme.

C'est l'histoire de cette anomalie, appelée impulsion ou sensation contraire par Westphal, quo retrace M. de Krafft-Ebing.

A un premier degré, on ne constate qu'une légère perversion de la sensation sexuelle; chez d'autres individus, la vie psychique s'adapte, se façonne en quelque sorte à l'instinct qui les domine; enfin, au dernier degré, le corps lui-même, par sa forme générale, présente les attributs du sexe opposé. — D'après Westphal, ces malades ont la conscience douloureuse de leur situation anormale; d'après les observations de M. de Krafft-Ebing, ils se trouvent au contraire heureux de leur état, malheureux seulement des obstacles que l'opinion et la loi opposent à la satisfaction de leurs penchants. — On retrouve ici l'amour malheureux, romanesque et exalté, la jalousie, etc. — Pour la plupart de ces organisations, la vie sexuelle anormale se réveille de bonne heure, même dans l'enfance, et l'on voit l'enfant dédaigner les jeux de son sexe pour adopter ceux du sexe opposé.

Au point de vue clinique: constitution névropathique avec faiblesse irritative du système génital; excitation sexuelle à la simple vue de l'objet aimé, pollution pendant l'embrassement avec sensation excoessive de plaisir qui peut aller jusqu'à l'extase magnétique.

La sexualité contraire résulte d'un état névropathique le plus souvent héréditaire, et est un signe fonctionnel de dégénérescence. L'équivalent de cette dégénérescence se trouve chez les profanateurs de cadavres, dans le penchant au meurtre ou à l'anthropophagie.

Au point de vue légal, il est nécessaire d'indiquer à quelle satisfaction sexuelle recourent ces individus: onanisme, embrassements lascifs, caresses avec ou sans attouchement des parties, manustupration par la personne aimée; la pédérastie est rare et est le plus souvent un objet de dégoût.

La société, la loi, partent d'un principe faux, lorsqu'elles confondent ces malades avec les pédérastes. La pédérastie est un vice dégoûtant dont la satisfaction résulte d'un motif réfléchi, déterminé, et c'est avec raison que la pudeur publique s'en révolte et que la loi le flétrit. La sexualité contraire n'est ni un vice, ni une passion immorale, mais un penchant maladif qui a le

caractère de l'impulsion, de l'instinct; elle est une impulsion instinctive et congénitale, la seule manière dont un individu mal organisé puisse manifester sa vie sexuelle. Il faut que l'opinion publique et la législation comptent avec des faits irrécusables et qu'elles séparent la pédérastie d'avec la sexualité contraire.

7. *Les insertions cérébrales et cérébelleuses des nerfs encéphaliques ou crâniens.* — D^r Roller, à Kaiserswerth.

Sommaire : Coup d'œil sur les rapports des nerfs crâniens bulbaires avec le grand et le petit cerveau. — Les racines spinales des nerfs sensoriaux, trijumeau, glosso-pharyngien, acoustique, optique. — Réflexions

D^r HILDENBRAND.

BIBLIOGRAPHIE

Le cerveau, organe de la pensée, chez l'homme et chez les animaux; par H. Charlton Bastian, membre de la Société royale de Londres, professeur au collège de l'Université de Londres, médecin de l'hôpital national pour les paralysés et les épileptiques. 2 vol. in-8°. — Paris, Germer Baillière et C^{ie}, 1882.

La *Bibliothèque internationale* vient de donner une traduction du livre de M. Charlton Bastian : *Le cerveau, organe de la pensée*. Le plan de ce livre est le suivant : Réunir tout ce qu'on sait notre époque en physiologie nerveuse et en psychologie positiviste, et s'en servir pour se rendre compte des fonctions psychologiques du cerveau. Pour arriver à ce but, l'auteur commence son étude par les animaux inférieurs, par ceux qui les premiers présentent quelque rudiment de système nerveux, puis il s'élève progressivement jusqu'aux animaux supérieurs, aux quadrumanes, et enfin à l'homme. « C'est la » première fois qu'en Europe on poursuit un travail de ce » genre, » lisons-nous dans la préface.

Il est impossible d'analyser dans les *Annales*, chapitre à chapitre, les deux volumes qui composent cet ouvrage. Nous donnerons seulement l'esprit philosophique de l'œuvre, et nous ne nous arrêterons que sur certaines particularités notables et peu connues en France.

Le *transformisme*, le *darwinisme*, comme on dit chez nous est le principe fondamental de l'ouvrage de M. Charlton Bastian. Si l'on n'admet pas la doctrine du savant naturaliste anglais, de grand travail n'a plus de base, il n'a plus de but, il n'est plus enfin qu'un vaste répertoire de théories psychologiques et d'observations zoologiques très curieuses, à la vérité, mais mal liées ensemble et dénuées d'un but commun. Mais M. Charlton Bastian considère le transformisme comme une vérité acquise, c'est un point qu'il ne discute même pas. Il l'admet naturellement, comme les astronomes admettent la gravitation.

Ceci établi, voyons comment apparaît le système nerveux. Supposons un animal tout à fait inférieur et constitué unique-

ment par du protoplasma amorphe. Ce protoplasma est *organisable*. « L'organisation est le principal attribut de la matière vivante. » Des impressions, c'est-à-dire des excitations étrangères, viennent ébranler cet animal en un point quelconque de sa surface. Il en résulte une onde, une *vague* de transmission à travers son protoplasma, d'où une modification morphologique et chimique, dans les parties traversées par la vague. D'où organisation spéciale, c'est-à-dire *différentiation* dans ses parties; cette organisation nouvelle ayant pour effet et pour but de faciliter la transmission de l'excitation (la fonction précède l'organe). L'hérédité et la sélection transformeront ensuite petit à petit ce protoplasma ainsi modifié en un véritable tissu nerveux. Puis les différents nerfs, au lieu de traverser directement l'animal, se rendront à un centre d'où ils seront réfléchis aux divers points de la périphérie, et nous voyons déjà un système nerveux composé de nerfs afférents, de ganglions et de nerfs efférents. Enfin, par des modifications successives provoquées par tous les facteurs étudiés par Darwin, nous arrivons à un système nerveux perfectionné tel que celui de l'homme.

C'est tout aussi simplement qu'on doit comprendre la naissance et le développement des sens. Des parties deviennent plus sensibles que les autres aux impressions de contact, elles avoisinent naturellement la bouche pour la commodité de l'animal (tentacules); voilà pour le *toucher*. Certaines cellules pigmentées se trouvent impressionnées par l'obscurité; il y a transmission par un nerf à un ganglion central: c'est l'origine de la *vue*, qui n'est qu'un toucher perfectionné. Le *goût* est également une modification du toucher; enfin, l'*odorat*, qui est un toucher à distance. Quant à l'*ouïe*, c'est un sens à part; il tient du toucher au point de vue des impressions produites par l'ébranlement des milieux, mais il rend en outre un service tout spécial; il est aussi le *sens de la direction*. Il faut lire les curieuses observations rapportées par l'auteur sur ce sens de la direction, mentionné pour la première fois par notre compatriote Cyon. Non seulement des animaux, mais des hommes appartenant à des tribus nomades de l'Amérique du Nord le possèdent, paraît-il, à un degré très élevé.

Ce système nerveux rudimentaire se perfectionne à mesure qu'on s'élève dans la hiérarchie animale. Mais déjà, il est l'organe de quelques fonctions psychiques. Nous avons chez la *méduse*, par exemple, un organe de transmission des impres-

sions tactiles, un centre sensitivo-moteur et un organe efférent se rendant à des parties particulièrement contractiles, c'est-à-dire à des muscles en voie de formation. De ce simple arrangement résultent des mouvements en masse de l'animal, dans un sens constant, provoqués par le contact des agents extérieurs, agents qui serviront ensuite en général à sa nourriture. On voit donc bien là une corrélation entre l'impression et l'actuation ; il y a déjà une sorte de *déterminisme*.

Il n'est pas nécessaire d'insister pour faire ressortir le but de l'auteur. On comprend qu'à mesure que ce système nerveux devient plus complexe, les actes intellectuels se perfectionnent parallèlement. Mais il ne faudrait pas croire que l'homme, pas plus qu'un animal supérieur quelconque, soit une machine exclusivement mise en mouvement par les sens et n'ayant que deux conditions de perfectionnement : la subtilité des sens et la complexité de l'appareil nerveux. Ce serait là la statue animée de Condillac. Non ; la science a avancé ; il faut tenir grand compte d'un élément qui répond aux *idées innées* de quelques philosophes. Par suite de l'hérédité, bien des notions acquises par les ancêtres sont transmises aux jeunes, qui les possèdent naturellement sans éducation préalable (instincts). Dans d'autres cas, ces notions existent bien à la naissance, mais elles sont latentes, et le moindre apprentissage, la moindre circonstance même les font se manifester. — M. Charlton Bastian donne à l'appui de ces différentes propositions des exemples, des observations attrayantes du genre de celles qu'on trouve dans l'*Origine des espèces*, de Darwin.

Il est évident qu'un travail comme celui-ci doit renfermer un vrai traité d'anatomie comparée du système nerveux et surtout du cerveau et, en effet, une bonne partie du livre est consacrée à l'anatomie. L'auteur s'écarte des opinions de M. Luys et surtout de celles de M. Meynert pour se rattacher à celles de M. Broadbent. Ces dernières n'ont pas encore été publiées en livre, même en Angleterre, c'est donc absolument une nouveauté. M. Broadbent se sépare des autres anatomistes, surtout en ce qui concerne les fibres commissurales du cerveau et en ce qui a rapport à la terminaison des fibres des pédoncules qui ne feraient que traverser les ganglions opto-striés et n'aboutiraient pas à leurs cellules. A propos du cerveau, mentionnons que notre auteur n'admet pas les centres moteurs de l'écorce comme les entend M. Ferrier. Il prétend que les excitations électriques traversent les parties sous-jacentes pour aller in-

influencer directement le corps strié. Il n'admet pas, non plus, les centres sensitifs localisés de l'écorce. Ces centres seraient répandus dans tout le territoire de la substance grise, seulement les fibres émanées des organes sensoriels arriveraient à un point spécial, localisé de l'écorce avant d'aller se répandre au loin, les impressions se continuant à travers le réseau des cellules, de leurs prolongements et des filets nerveux. D'où la possibilité d'abolir la sensation spéciale en détruisant ce point qui n'est cependant pas un vrai centre sensitif, mais bien un simple lieu de passage des conducteurs.

La psychologie, dans le *cerveau organe de la pensée*, a naturellement une aussi grande importance que l'anatomie. L'auteur, disciple fervent des positivistes anglais, étaye toutes ses conclusions sur leurs principes. Stuart Mill, Hamilton, Lëwes, Carpenter, comme psychologues, etc., sont continuellement cités par lui. Il étend le domaine de l'esprit au delà de celui de la conscience et range, dans les phénomènes mentaux, les résultats fonctionnels de toutes les actions nerveuses des courants afférents et des centres. « Le cerveau n'est donc pas le » siège unique de l'esprit, c'est le système nerveux presque tout » entier qu'il faut regarder comme organe de l'esprit. »

Dans quelques pages très heureuses, il établit que les connaissances sur l'esprit doivent s'appuyer : 1^o sur la psychologie subjective ; 2^o sur la psychologie objective ; 3^o sur la névrologie (dans le sens le plus étendu : anatomie, physiologie, pathologie), et il défend énergiquement la psychologie subjective « qui comprend tout ce que la conscience nous révèle directement et tout ce que nous pouvons *légitimement* en déduire. » — Stuart Mill. » Il ajoute même : « Les phénomènes quelconques ne nous sont, en définitive, connus qu'en expressions » mentales. »

Nous arrêtons ici cette analyse déjà bien longue. Nous n'avons pas la témérité de juger le livre de M. Charillon Bastian, nous laissons ce soin aux plus capables. Tout n'y est pas irréfutable, l'auteur lui-même avoue qu'il y a des lacunes dans son travail. Mais nous sommes séduits par cette manière nouvelle d'étudier la psychologie, méthode que M. Charillon Bastian n'a, à la vérité, pas inaugurée, et nous pensons que c'est la seule bonne, la psychologie n'étant en fin de compte que la physiologie du cerveau.

Dr L. CASTEL.

Des maladies mentales et nerveuses; par M. le Dr E. Billod, médecin en chef, directeur honoraire des asiles d'aliénés de la Seine, membre correspondant de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur. 2 vol. in-8°. — Paris, G. Masson, 1882.

M. Billod a toujours vécu au milieu des aliénés et a fait, de leur maladie, l'objet constant de ses études. Dès le début de sa carrière (1843), il faisait paraître un travail original sur l'épilepsie et, depuis cette époque, il a pris part à toutes les questions à l'ordre du jour concernant la médecine mentale. Son œuvre est considérable et embrasse toutes les parties de la spécialité. Ses études, mémoires, notes, observations, rapports médico-légaux ont été publiés, en grande partie, dans divers recueils, principalement dans les *Annales médico-psychologiques*. Il a réuni le tout en deux volumes qu'il présente aujourd'hui au public médical. Ces volumes ne renferment pourtant pas tous les travaux de l'auteur, ils ne comprennent pas ses études sur la pellagre. M. Billod a fait sur ce sujet un traité complet que tout le monde connaît.

En commençant ce compte rendu, nous ferons remarquer que l'auteur a suivi, dans l'ordre de ses travaux, un ordre chronologique absolu. Ce qui fait qu'à côté d'un article sur l'épilepsie, par exemple, il s'en trouve immédiatement un autre sur le traitement des hallucinations. Cette façon de procéder est logique, vu la nature du livre qui est un recueil; en plus, elle a l'avantage de faire voir certaines modifications qui se sont effectuées, avec le temps, dans les doctrines médicales de l'auteur. Jusqu'à la fin, M. Billod proclame qu'il appartient à l'école spiritualiste; mais il est certain que sa façon d'envisager la folie n'est pas tout à fait la même entre les deux époques extrêmes de l'apparition de ses travaux.

Pour rendre l'analyse plus claire, il est préférable de changer l'ordre choisi par l'auteur, et de ranger les études contenues dans son livre en plusieurs groupes d'après leur nature. Dans le premier groupe nous placerons ce qui a rapport aux maladies nerveuses.

Nous trouvons là quelques observations cliniques, mais nous y remarquons surtout plusieurs notes sur l'épilepsie. La première, écrite en 1843, est la plus intéressante. A cette date, 1843, M. Billod donnait le premier la raison vraie du cri initial

des crises. Il rattachait déjà à l'épilepsie ces états caractérisés par la perte de la conscience passagère, accompagnée de quelques légers mouvements convulsifs de certains groupes de muscles. Falret, qui était son chef de service à cette époque, connaissait donc le petit mal que Trousseau devait vulgariser plus tard dans ses *cliniques*. Enfin, il considérait la congestion cérébrale provoquée par la crise comme devenant cause, à son tour, de crises successives dans les accès dits subintrants. — Enfin n'oublions pas de mentionner qu'en 1850 (dans un autre article), notre auteur se demande si certains accès de manie ne seraient pas des manifestations vésaniques du mal comitial. M. J. Falret, quelque temps après, affirmait l'exactitude du fait. Morel qui a si bien étudié cette question, en aurait donc trouvé les éléments dans les travaux de ses contemporains.

Les études sur les maladies mentales forment le groupe le plus important: La seule nomenclature de ces études serait déjà bien longue, l'analyse détaillée en est impossible. Nous devons dire que tous les travaux portent la marque de leur auteur qui est un observateur sagace, un vrai clinicien. M. Billod est peut-être moins heureux quand il s'occupe des questions de doctrine et de pathologie générale.

Parmi de nombreuses études, nous noterons spécialement les suivantes: Un mémoire *sur les lésions de la volonté dans les maladies mentales* (1847) qui renferme une étude psychologique de la volonté, basée uniquement sur l'observation subjective, et c'est là son côté faible. Mais la partie purement médicale est bien supérieure à la partie psychologique et nous retrouvons là le clinicien. — Plusieurs notes sur les *intervalles lucides dans la folie* et sur la *folie avec conscience*. Notre auteur nie les intervalles lucides. Quant à la folie avec conscience, il en fait un groupe à part qu'il subdivise en deux classes: dans la première, il place les aliénés qui ont conscience de leur délire, mais qui y croient; dans le second, ceux qui ont conscience de leur délire dont ils souffrent, mais dont ils comprennent l'inanité. Ces états pourraient se combiner entre eux, à certains moments, mais constitueraient cependant des entités. On sait que pour certains aliénés ces états conscients se rencontreraient dans tous les cas de folie, au moins à un moment donné (M. Bigot). Enfin, malgré de nombreux travaux sur ce sujet intéressant, l'accord n'est pas encore complet entre les médecins. — Un mémoire *sur les diverses formes de lypémanie*, dans lequel l'auteur se laisse entraîner à une subdivision exa-

gérée, il arrive à compter *dix-sept variétés* de lypémanie. Les faits présentés à l'appui de cette manière de voir sont bien observés, mais les classifications basées sur la prédominance de certaines manifestations psychiques sont toujours arbitraires, et la multiplicité des variétés ne rend pas plus claire l'étude des psychoses. — Nous avons fait remarquer plus haut que le temps, c'est-à-dire l'expérience, avait modifié certaines appréciations de M. Billod; en voici un exemple: cet auteur qui admettait dix-sept variétés de lypémanie en arrive à rejeter, ou à peu près, toute classification et à définir les diverses folies par des descriptions succinctes de leurs symptômes.

Sous le titre de *Considérations médico-psychologiques sur le traitement de la folie* (vers 1846), nous trouvons une étude philosophique de la folie dans laquelle M. Billod se montre parfaitement éclectique. Le résultat le plus clair de l'éclectisme étant de mécontenter toutes les autres écoles, M. Billod n'a pas manqué de se trouver engagé dans une polémique scientifique assez vive, paraît-il. La chose ne nous surprend pas. En outre des considérations sur l'âme qui est lésée dans la folie, concurremment avec le cerveau, ce qui constitue une doctrine qui ne devait pas rallier l'unanimité, nous lisons, dans le même article, ceci: « *La maladie est une force nouvelle introduite dans l'économie* » — Or, si nous ne nous trompons, M. Billod parlait ainsi vers l'époque où l'Académie de médecine ouvrait ses portes à Piorry auteur du traité de *Psychiatrie médicale*.

L'espace nous manque pour signaler tout ce que ce groupe renferme de choses notables. Tout le monde les lira avec intérêt. On trouvera dans les « *lésions de l'association des idées*, » dans « *les effets comparatifs de la chronicité et de l'hérédité*, » dans une série d'*observations diverses*, des aperçus très ingénieux.

Enfin, le troisième groupe comprend des rapports médico-légaux assez nombreux. La plupart ont trait à la simulation de la folie par des insuffisants.

Dans le dernier groupe nous classerons les articles sur la thérapeutique: la *bouche d'argent* inventée par l'auteur; le *traitement des hallucinations par le datura stramonium*, etc., et enfin des études sur l'*administration des asiles d'aliénés*; sur les *colonies d'enfants imbeciles et arriérés*. (C'est M. Billod qui a créé la colonie de Vaucluse.)

Nous terminerons par cette remarque que M. Billod travaille

toujours et que, par conséquent, bien des études s'ajouteront, par la suite, au recueil actuel.

D^r L. CAMUSET.

La paralysie générale chez la femme; par M. le D^r E. Régis, chef de clinique des maladies mentales (France médicale et librairie Fred. Henry, rue de l'Ecole-de-Médecine). Broch. in-8°. — Paris, 1882.

M. le D^r Régis a eu la bonne idée de publier une leçon sur la paralysie générale chez la femme, leçon qu'il a faite à Sainte-Anne où il était chef de clinique. Dans cette étude, notre confrère présente d'une manière didactique ce que l'on sait sur les circonstances cliniques de la paralysie générale chez la femme, et il trouve, avec ce que l'on observe chez l'homme, des différences assez grandes « pour légitimer presque la création d'une forme féminine de la maladie. »

M. Régis établit d'abord une statistique portant sur les paralytiques généraux de chaque sexe, sur ceux qui vivent à la campagne, sur ceux qui habitent les grandes villes, sur ceux enfin qui appartiennent aux classes élevées de la société. Il en tire des conclusions générales sur lesquelles les médecins sont tous à peu près d'accord. — Puis il décrit les symptômes de la maladie chez la femme : chez elle, la paralysie générale se déclare d'une façon *insidieuse*, elle se manifeste surtout par la démenée, quelle que soit sa forme. Le délire des grandeurs, quand il existe, a un aspect assez caractéristique et il est presque toujours entaché d'érotisme, même chez les vieilles femmes. On ne note pas d'ictus cérébral, du moins la chose est rare. Rarement aussi, on voit cette excitation maniaque si fréquentée chez l'homme. — Voilà pour les signes psychiques, quant aux signes physiques, ils sont ordinairement moins accusés que chez l'homme.

La menstruation est irrégulière, souvent abolie. Enfin la durée de la maladie est plus longue, le moment de l'invasion plus tardif que chez l'homme. De cet ensemble de particularités, il résulte que le diagnostic est souvent difficile. Toutes ces propositions que nous énonçons rapidement, sont développées longuement et discutées avec soin par l'auteur.

Arrivé à l'étiologie, M. Régis appuie fortement sur ce fait

cobnu déjà, et qu'il ne donne pas comme inédit, que les mêmes causes, qui produisent la paralysie générale chez l'homme, produisent l'hystérie chez la femme. L'homme est un *cérébral*, la femme une *nerveuse*. A ce propos, notre confrère énonce un principe original, que nous n'avons vu nulle part. Il y aurait une certaine incompatibilité entre la paralysie générale et l'hystérie, au point que les femmes hystériques ne deviendraient jamais, ou à peu près, paralytiques générales. Dans les cas rares où la coïncidence se montrerait, il y aurait lutte entre les deux facteurs morbides et la maladie aurait une allure tout à fait spéciale. Il appartiendra à l'avenir d'accorder ou de refuser la sanction à cette nouvelle donnée clinique.

Tel est le résumé succinct de cet intéressant travail sur lequel M. Régis voudra bien cependant nous permettre de faire quelques observations. Se basant sur les différences nombreuses et exactes qu'il signale, l'auteur propose, avec un peu de méfiance, une forme nouvelle de la paralysie générale, la *forme féminine*. Nous croyons que cette méfiance est légitime. La paralysie générale est une maladie protéiforme par excellence, on s'en convainc tous les jours d'avantage. En plus, sa description de la paralysie générale chez la femme s'applique parfois fort bien à certains cas observés chez l'homme. Réciproquement, il arrive que des femmes offrent le tableau parfait de la paralysie générale expansive, classique, de l'homme. Chacun, d'après le milieu où il observe, se fait une *idée personnelle* du nombre plus ou moins grand de ces cas exceptionnels. Ne vaudrait-il pas mieux dire simplement que la forme déméntielle est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme?

Nous avons aussi trouvé quelques idées que nous ne parlons pas, d'accord en cela avec la grande majorité de nos maîtres. Ainsi, M. Régis se demande « s'il est encore permis » aujourd'hui d'appeler la paralysie générale une affection « mentale. » Et pourquoi non? Parce que les autopsies ne sont pas négatives? Mais si la paralysie générale est une des grandes découvertes de ce siècle, c'est justement parce qu'on en connaît les lésions. — Plus loin, il met en doute l'existence réelle de la paralysie générale à double forme.

Quoi qu'il en soit de ces légères critiques, que notre confrère voudra bien nous pardonner, son étude est excellente, elle comble un vide qui existait dans les auteurs classiques français. En plus, elle ouvre un champ nouveau à l'observation. nous

voulons parler de l'influence de l'hystérie sur la paralysie générale.

D^r L. CAMUSET.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Leçons cliniques sur l'épilepsie; par le D^r Magnan, recueillies par M. Marcel Briand. vol. in-8° de 84 p. Chez Delahaye, prix 3 fr.

— De l'amblyopie alcoolique; par le D^r H. Romiée, br. in-8°, Paris 1884.

— A psychical analysis of a legally sane character; par le D^r C. H. Hughes; St-Louis, 1882, br. in-8°.

— Katatonia; par le D^r James G. Kierman. Chicago, 1882; br. in-8°.

— La stérilité humaine et l'hermaphrodisme; par le D^r P. Garnier. Paris, 1882; vol. in-12.

— Papers read before the medico-legal Society of New-York; 2^e série. New-York, 1882; vol. in-8°.

— Dos psycho-névroses dyscrasiques; par le D^r François Semal; Bruxelles, 1882; br. in-8°.

— L'asile public d'aliénés de Saint-Robert; rapport du directeur pour l'année 1884; Grenoble, 1882; br. in-8°.

— The insanity of masturbation; par le D^r C. B. Burr; Détroit, 1882; br. in-8°.

— Les hystériques; état physique et état mental; actes insolites, délictueux et criminels; par le D^r Legrand du Saulle. Paris, 1883; vol. in-8°.

— Traité clinique de la folie à double forme (folie circulaire, délire à formes alternes); par le D^r Ant. Ritti. Paris, 1883; vol. in-8°.

— Leçons cliniques sur les maladies mentales et sur les maladies nerveuses, professées à la Salpêtrière; par le D. Aug. Voisin; Paris, 1883; vol. gr. in-8° avec photographies et gravures intercalées dans le texte, chez J. B. Baillière; prix 45 fr.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

M. le D^r VALLON, chef de clinique de la chaire des maladies mentales de la Faculté de Paris a été nommé médecin adjoint de l'asile de Sainte-Anne, en remplacement de M. le D^r Régis, arrivé au terme de son clinicat et mis en disponibilité. Par arrêté ministériel du 24 novembre 1882, M. le D^r Vallon a été compris dans la 2^e classe de son grade (2,500 fr.).

Conformément aux dispositions de l'art. 5 de l'arrêté ministériel du 4 octobre 1879, le D^r Vallon, remplira, sous sa responsabilité, dans la section de l'asile Sainte-Anne, affectée à la clinique, toutes les obligations imposées au médecin en chef des asiles publics par la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839.

— Arrêté du 30 décembre 1882. M. le D^r MILLET, ancien chef de clinique adjoint de la chaire des maladies mentales de la Faculté de Paris, est nommé médecin adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne), en remplacement de M. le D^r Boubila, nommé précédemment médecin en chef de l'asile de Marseille : M. le D^r Millet a été compris dans la 2^e classe de son grade.

— Arrêté du 30 décembre 1882. Ont été promus :

A la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.), M. le D^r CORRYL, directeur-médecin de l'asile Saint-Yon (Seine-Inférieure);

A la 2^e classe de son grade (6,000), M. le D^r TAGUET, médecin en chef de l'asile de Bordeaux;

A la 3^e classe de son grade (3,000), M. le D^r BELLE, médecin adjoint de l'asile de Dijon.

NÉCROLOGIE

M. le D^r ANDRÉ, médecin adjoint à l'asile de Fains, vient de mourir à l'âge de 26 ans. Né en 1856 aux environs de Metz, il avait opté pour la nationalité française et avait fait ses études médicales à la Faculté de Nancy. Après avoir été interne à l'asile de Waréville et à celui de Fains, il avait été reçu docteur en 1879. Sa thèse sur le *Chloral et son application au traitement des maladies mentales* est un travail sérieux qui devait faire espérer que son auteur cultiverait la science avec succès. Enlevé à la fleur de l'âge, à la suite d'une longue et pénible maladie, M. le D^r André laisse les meilleurs souvenirs et de vifs regrets à tous ceux qui l'ont connu et qui ont pu apprécier ses qualités comme homme et comme médecin.

PRIX DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

1^o. Déterminer, en s'appuyant sur des observations précises, les effets de l'alcoolisme, au point de vue matériel et psychique, tant sur l'individu que sur sa descendance.

Nota. — Il est bien entendu qu'en traitant de l'alcoolisme au point de vue psychique, les concurrents auront à apprécier, en utilisant les données de l'anatomie-pathologique et les meilleurs documents fournis par les expertises médico-légales, la limite qui sépare l'ivresse de la folie, ainsi que la responsabilité de l'ivrogne dans les actes dont il est l'auteur.

Prix : 4,500 francs. — Clôture du concours ; 15 février 1883.

2° Elucider par des faits cliniques et au besoin par des expériences, la pathologie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie.

Prix : 8,000 fr. — Clôture du concours : 31 décembre 1883.

Des encouragements de 300 à 4,000 francs pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense.

Une somme de 25,000 francs pourra être donnée en outre du prix de 8,000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, tel que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE.

La composition écrite du concours de la *bourse de voyage*, concours qui correspond à celui de la médaille d'or de l'internat des hôpitaux, a eu lieu le 23 novembre à l'asile clinique (Sainte-Anne). Le sujet tiré était : *Sinus de la dure-mère* (anatomie et physiologie); *hémorrhagie méningée*. Les deux questions restées dans l'urne étaient : 1° Pie-mère cérébrale; signes et diagnostic de la paralysie générale; 2° Artères de la base du crâne, diagnostic du goître et du crétinisme. L'un des juges avait proposé : corps thyroïde et goître. Avis aux futurs concurrents qui sont ainsi prévenus que des questions indirectement liées au système nerveux peuvent être posées.

(Le Progrès médical du 25 novembre.)

ASILE D'ALIÉNÉS DE SEINE-ET-OISE.

Une commission interdépartementale s'est réunie vers la fin de novembre au ministère de l'intérieur sous la présidence de M. Gilbert-Boucher. M. Leguay, directeur de l'administration départementale et communale, y représentait le ministre. Cinq départements y avaient envoyé des délégués : Seine, Oise, Seine-et-Oise, Somme, Seine-et-Marne. On sait que cette commission, qui comprend vingt-huit membres, dont le président du conseil général et le préfet de chaque département, a pour objet la construction à frais communs d'un asile d'aliénés. Elle a chargé une sous-commission d'élaborer un projet qui sera soumis à ses délibérations.

L'ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DU MORBIHAN.

Les travaux de construction de l'asile destiné à recevoir les aliénés du département du Morbihan, qui ont été adjugés au mois de mars 1882, sont assez avancés aujourd'hui pour qu'on soit en droit d'espérer que les malades pourront y être trans-

férés avant la fin de 1885. L'emplacement choisi pour le nouvel asile est situé au sud et à 4 kil. de Vannes, au lieu dit Lesvellee, commune de Saint-Avé. L'établissement contiendra 500 lits, pensionnat compris. Les dépenses de construction sont évaluées à un million.

L'ASILE D'ALIÉNÉS DU VAR

Le jury chargé d'apprécier les résultats du concours ouvert pour la rédaction d'un projet d'asile d'aliénés à construire dans le département du Var (voy. *Annales médico-psychologiques*, 1882, t. II, p. 349) vient de terminer ses travaux.

La prime de 3000 a été accordée à MM. Paul Violet, architecte à Hyères, et Geyler, architecte à Paris, qui ont été chargés de la rédaction du projet définitif et de la direction des travaux.

La prime de 2000 fr. a été accordée à MM. Proust et Bischoff, architectes inspecteurs des travaux de Paris; et celle de 1000 fr. à MM. Kalas et Triboulet, architectes à Paris.

Le jury était composé du préfet du Var, président, et de MM. les docteurs Courdouan et Boyer, conseillers généraux, Courtois, ingénieur en chef; Lunier, inspecteur général; Letz et Guérin, architectes des départements des Bouches-du-Rhône et du Var.

L'asile sera construit sur un domaine de 28 hectares situé à 12 kilom. d'Hyères, dans la commune de Pierrefeu, qui en a fait don au département.

LES ALIÉNÉS EN ITALIE

Aux documents statistiques que nous avons reproduits à la page 319 du t. II de 1882 des *Annales médico-psychologiques*, nous ajouterons les renseignements suivants que nous empruntons à la *Revue générale d'administration* d'octobre 1882.

Il existe en Italie 62 asiles (*ricoveri di pazzi*). Les uns sont destinés exclusivement aux aliénés, ce sont les asiles proprement dits ou *manicomî*; les autres reçoivent des fous et d'autres malades, ce sont les hospices (*ospitali*). Certains admettent les aliénés des deux sexes; d'autres, ceux d'un sexe seulement.

Le recensement des aliénés a été fait le 31 décembre 1880 en même temps que le dénombrement général de la population du royaume; il est facile, par suite, d'établir la proportion. Sur une population de 28,524,399 âmes, il y a 47,474 aliénés, soit 61.25 par 100,000 habitants ou 1 aliéné interné sur 1,634.

La population générale ne s'est accrue dans la période triennale de 1877-1880 que de 1.84 pour 100; il est intéressant de voir si la population aliénée a augmenté dans la même proportion. Il faut observer que le chiffre des aliénés traités dans les asiles s'est accru par le fait même de l'augmentation du nombre de ces établissements, quatre nouveaux établissements ayant été fondés pendant la période de 1877 à 1880. Néanmoins, l'accroissement de la population aliénée a subi une progression bien supérieure à celle de la population générale,

puisque l'augmentation de la première a été de 15.44 p. 100 contre 4.84.

Une constatation intéressante à faire est celle du nombre des aliénés guéris qui sont retombés dans leur ancien état. Les *recidivi*, suivant l'expression de M. Verga, n'étaient, lors du recensement de 1880, que dans la proportion du cinquième environ (21.45 p. 100) sur le total; il est vrai qu'on n'a pu tenir compte que de ceux qui avaient déjà été soignés dans l'établissement où ils se trouvaient actuellement. Pour les autres les renseignements ont manqué.

L'âge qui fournit le plus de victimes à la folie est, pour les hommes, celui de 20 à 40 ans; pour les femmes, la période la plus dangereuse est celle de 40 à 60 ans. Les fous célibataires sont en nombre presque double des fous mariés (10,075 contre 5,623).

Dans les asiles consacrés aux malades de famille aisée, les directeurs occupent les pensionnaires à des passe-temps ou à des jeux, plutôt qu'à des travaux productifs; c'est ainsi qu'on utilise le goût des aliénés pour le chant, le dessin, les représentations théâtrales. Mais dans les établissements destinés aux pauvres, le travail des pensionnaires, outre sa vertu curative, est une ressource qui n'est pas dédaignée. On occupe les fous à toutes sortes de travaux, en les récompensant de leur peine par des adoucissements au régime de l'établissement (vin, tabac, etc.). Les directeurs des principaux établissements ont envoyé à l'auteur de cette statistique les chiffres du produit des travaux de leurs pensionnaires pendant l'année 1880; certains asiles ont encaissé ainsi une somme de 20,000 à 30,000 fr., et pour 23 établissements le produit total est de 476,433 fr. 82.

Néanmoins, M. Verga conseille à l'administration de ne pas chercher à augmenter cette ressource outre mesure et à se préoccuper moins du profit que l'on peut tirer du travail des aliénés que des effets salutaires de leur activité pour l'hygiène physique et morale. L'intérêt économique ne doit venir qu'en second lieu.

G. R.

Le 23 novembre dernier un aliéné de l'asile de Ville-Evrard, sujet à des idées de suicide, a trouvé le moyen de se glisser dans les greniers de son quartier et de mettre le feu à un tas de paille. Il se jeta au milieu du brasier où il trouva la mort. L'incendie a détruit la plus grande partie de la toiture du quartier.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — Le Dr Auguste Voisin a repris ses leçons cliniques sur les maladies mentales et les affections nerveuses, le dimanche 19 novembre, à neuf heures et demie, dans les salles de son service, et les continue tous les dimanches suivants à la même heure.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

CHRONIQUE



Nouveau projet de loi sur les aliénés. — Délire mélancolique propre aux malades affectés d'ataxie locomotrice. — Des rapports existant entre les traumatismes et la paralysie générale. — Plusieurs cas identiques de folie aiguë chez des sœurs jumelles. — Desiderata dans le service des aliénés aux Etats-Unis. — Erratum.

Le nouveau projet de loi sur les aliénés, déposé sur le Bureau du Sénat, dans la séance du 25 novembre 1882, a été imprimé et distribué. Ce document important ayant ainsi reçu la publicité officielle, nous le reproduisons intégralement, dans le présent numéro, avec l'exposé des motifs qui le précède; nous nous trouvons, par suite, dans l'obligation de remettre au numéro de mai la suite du travail de M. Bourdin sur les enfants menteurs, la fin du mémoire de M. Baillarger sur la théorie de la paralysie générale et l'article habituel de médecine légale. Nos lecteurs excuseront ce retard en raison de la longueur des documents officiels publiés. Les *Annales* ne manqueront pas, bien entendu, de suivre avec intérêt les discussions auxquelles le nouveau projet donnera certainement lieu.

Pour aujourd'hui, nous nous contenterons de dire quelques mots sur son ensemble.

Pour ceux qui connaissent le fond des choses, et qui les considèrent avec sang-froid, la loi de 1838 a été et reste bonne à presque tous les égards; ce n'est pas, notamment, en ce qui concerne les formalités du placement des malades qu'elle avait besoin d'être beaucoup modifiée; et néanmoins, c'est presque exclusivement sur ce point que portaient les réclamations de la presse non médicale et des adversaires de la loi. Le gouvernement était obligé de tenir compte de ces réclamations, et M. le ministre de l'intérieur s'est personnellement appliqué à trouver un mécanisme qui pût concilier les désirs des médecins, tenant avant tout à obtenir la mise en traitement, aussi rapide que possible, de malades que l'on ne peut abandonner à eux-mêmes, et les exigences des jurisconsultes qui, moins préoccupés des malades qu'ils ne connaissent pas, seraient tentés de tout sacrifier aux lenteurs judiciaires, sous prétexte de sauvegarder la liberté des citoyens. Cette entreprise de conciliation présentait de grandes difficultés, et le but nous paraît, en théorie du moins, heureusement atteint; en tout cas, les médecins ne peuvent pas se plaindre des propositions faites par le Ministre.

Beaucoup d'autres points, d'un véritable intérêt pratique, sont résolus par le projet, d'une manière qui nous paraît satisfaisante; ne pouvant entrer dans le détail, nous signalerons, au moins, les principaux: la meilleure application de l'ancien article 4, organisant la surveillance et le contrôle des asiles; la réunion dans les mains du Ministre de tout le personnel médical et administratif des asiles publics; la création d'un asile de l'État pour certaines catégories d'aliénés criminels; l'extension et le perfectionnement des mesures relatives à l'administration des biens des aliénés non interdits, etc.. On peut affirmer, sans hésitation, que toutes ces questions ont été examinées, avec la plus grande sollici-

tude, par la commission qui avait été chargée des études préparatoires et que le projet tout entier a été inspiré par des intentions excellentes. Reste à savoir quand il pourra être discuté et voté par les Chambres, et dans quelles limites il sera approuvé ou transformé par la discussion publique.

Dans notre précédente chronique, nous avons parlé d'un nouveau territoire partiel à délimiter à même le domaine si vaste des délires mélancoliques ; nous rappelons qu'ils s'agissait du *délire des négations* proposé par M. le Dr Cotard. Aujourd'hui nous avons à parler d'un sujet analogue, d'un genre particulier de délire de persécutions et de folie mélancolique, qui serait lié à l'ataxie locomotrice ou *tabes dorsalis*. L'idée appartient à M. le Dr Pierret, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, médecin en chef de la section des femmes de l'asile de Bron, qui en a fait l'objet d'une communication au congrès médical de Londres en 1881, et qui a inspiré, sur le même sujet, la thèse inaugurale d'un de ses élèves, M. le Dr Rougier. (*Essai sur la lypémanie et le délire des persécutions chez les tabétiques*; Paris, J.-B. Baillière, 1884.)

Il y a vingt ans que Baillarger a signalé, pour la première fois, l'association de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale (*Annales médico-psychologiques*, 1862). Les premiers auteurs français qui avaient écrit sur l'ataxie locomotrice, Duchenne de Boulogne et Trousseau, n'avaient pas observé de troubles intellectuels dans cette maladie ; Topinard et Jaccoud, au contraire, commencèrent à leur attribuer un certain rôle ; Foville, Magnan et Bouchereau ont publié des observations ; mais il s'agissait toujours de cas de paralysie générale, associée à l'ataxie.

En 1875, M. Rey a publié, dans les *Annales*, un travail sur quelques cas d'ataxie locomotrice dans l'aliénation mentale ; parmi les malades dont il a donné les observations, il

y a, à côté de paralytiques généraux, quatre cas de mélancolie anxieuse avec délire de persécutions fondé sur des hallucinations de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'odorat et de la sensibilité générale.

C'est cette forme de délire que M. Pierret a rencontrée de nouveau, qu'il a décrite comme spéciale à un mode d'évolution du tabes dorsalis, et qu'il considère comme se rattachant, par une déduction logiquement systématisée, à la nature même des lésions anatomiques et des troubles sensitifs, qui constituent les caractères essentiels de l'affection primitive.

« Le délire du tabes dorsalis existe, dit M. Rougier ; il » est, dans les cas purs, caractéristique. C'est un délire de » persécutions qui, dans sa marche, suit peu à peu l'évo- » lution anatomique du tabes auquel il est intimement lié. »

Quelques explications feront mieux saisir l'idée de l'auteur.

M. Pierret considère comme établi, et ses travaux personnels ont largement contribué à ce résultat, que le tabes dorsalis consiste, essentiellement, en une dégénérescence des portions sensitives et sensorielles des centres nerveux ; ces lésions se traduisent, on le sait, par des perversions très pénibles des divers ordres de sensibilité, telles que douleurs en ceinture, douleurs fulgurantes, crises gastriques, intestinales, anales ; lorsque les centres de la sensibilité sensorielle sont atteints, ces troubles prendraient la forme de fausses sensations lumineuses, auditives, olfactives, gustatives. M. Pierret se demande si ces fausses sensations, extrêmement variées dans leurs manifestations, sont des hallucinations ou des illusions. D'après lui, elles ne seraient, à proprement parler, ni des hallucinations ni des illusions, mais elles participeraient plutôt des unes et des autres, en ce sens qu'au point de départ de la sensation faussement interprétée, il y aurait bien une excitation réelle de la substance nerveuse ; mais cette excitation, au lieu

d'être provoquée par une impression extérieure, serait la conséquence de l'altération anatomique du tissu nerveux central.

Quoi qu'il en soit, ces troubles sensitifs et sensoriels seraient le point de départ de conceptions délirantes qui, se moulant sur eux, affecteraient la forme de lypémanie anxieuse et d'idées de persécutions.

Les douleurs fulgurantes et les perversions sensorielles, dans l'ataxie locomotrice, sont transitoires et intermittentes; la même particularité se retrouverait dans le délire lypémanique spécial; le second ordre de symptômes découlant directement du premier, en suivrait les alternances et mesurerait fidèlement, sur lui, son intensité, ses éclipses et ses réapparitions.

En résumé, la formule donnée par M. Rougier, pour définir et faire connaître la variété nouvelle de forme d'aliénation mentale, à la description de laquelle il a consacré sa thèse, est celle-ci :

« Le délire du tabes est un délire de persécutions, uni à
 » un état lypémanique, à forme rémittente, apparaissant en
 » général avec les troubles céphaliques du tabes et disparaissant avec eux, caractérisé par des sensations anormales
 » de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'odorat, du toucher,
 » jointes à des troubles de la sensibilité générale et viscérale, uniquement dus à l'évolution anatomique de la
 » lésion, et faussement interprétés par le malade. »

Ce tableau répond, d'une manière exacte, aux symptômes observés chez un certain nombre de malades; on doit croire, cependant, que ces cas sont loin d'être nombreux, car plusieurs médecins, ayant soigné un nombre très considérable d'aliénés, nous ont dit ne pas en avoir rencontré. Il manquait peut-être, seulement, que l'attention fût appelée sur les relations de cause à effet pouvant exister entre l'ataxie locomotrice et l'aliénation mentale, indépendamment de la paralysie générale, pour que la réalité et la fréquence

relative de cette forme spéciale de lypémanie et de délire systématisé de persécutions fussent reconnues. Si le fait est vérifié par d'autres observateurs, sa découverte fera honneur à M. le professeur Pierret et à ses élèves.

Nous avons parlé (*Annales méd-psychol.*, 1884, t. I, p. 355), à l'occasion d'un mémoire publié par M. Azam, dans les *Archives de médecine*, du rôle des traumatismes dans la production des maladies mentales en général, et dans celle de la paralysie générale en particulier; nous avons dit combien il nous paraissait souvent embarrassant d'apprécier exactement ce rôle, le traumatisme pouvant être tantôt une cause directe et immédiate de folie, tantôt une simple cause prédisposante, tantôt une circonstance adjuvante, qui ne faisait que donner un coup de fouet à une disposition préexistante, tantôt une simple coïncidence, tantôt enfin un véritable résultat de l'aliénation mentale.

Bien des obscurités entourent donc encore cette question, à notre avis. C'est une raison de plus pour porter les études de ce côté; aussi avons-nous lu avec intérêt divers travaux récents qui s'y rapportent. M. le Dr Vallon, aujourd'hui chef de clinique de la chaire de pathologie mentale à Sainte-Anne, a pris comme sujet de thèse: « De la » paralysie générale et du traumatisme dans leurs rapports » réciproques. » Ainsi défini, le sujet est très vaste, car il comprend, non seulement l'influence étiologique du traumatisme sur la production de la maladie, mais aussi l'influence de la maladie existante, d'une part sur la production des lésions traumatiques, d'autre part sur l'évolution de ces lésions de quelque manière qu'elles se soient produites. Sur la prédisposition des aliénés paralytiques aux fractures, et particulièrement aux fractures des côtes, par suite de la raréfaction du tissu osseux, nous nous contenterons de dire que cette question a été très étudiée, il y a quelques années, en Angleterre, et que la collection du *Journal*

of mental science renferme, sur ce sujet, de nombreux travaux dont l'analyse aurait beaucoup ajouté à l'intérêt de cette partie du travail de M. Vallon.

En ce qui concerne l'influence productrice du traumatisme sur le développement de la paralysie générale, l'auteur cite des cas où cette influence a été immédiate, comme foudroyante; d'autres au contraire où elle ne s'est révélée qu'au bout d'un temps parfois très long. Dans ces derniers cas, surtout, la relation de cause à effet est, on le conçoit, très difficile à établir, et nous pensons qu'elle est souvent fort incertaine; c'est un côté de la question qui n'a peut-être pas été suffisamment discuté par M. Vallon; nous croyons même qu'il ne serait pas difficile de trouver, dans ses propres observations, des faits sur l'interprétation desquels il y aurait des réserves à faire.

Pour notre compte, nous pensons qu'en pareille matière, on doit se montrer très sobre d'affirmations, et notre opinion, à cet égard, se trouve confirmée par une discussion toute récente (8 nov. 1882) qui a eu lieu dans une des réunions trimestrielles tenues par l'Association médico-psychologique anglaise, à l'hôpital Bethlem (*Journ. of mental science*, janv. 1883, p. 648). M. le D^r Julius Mickle, qui est le médecin de l'asile de Grove-Hall, où sont traités presque tous les soldats et sous-officiers de l'armée anglaise devenus aliénés, et qui a publié, récemment, un excellent traité de la paralysie générale, venait de rapporter deux cas de cette maladie qui paraissaient attribuables à des blessures du crâne; toutefois il s'était montré prudent, et il avait eu soin de dire qu'il était souvent fort douteux que les lésions de ce genre aient une part quelconque dans la production de la maladie. Les remarques faites, à la suite de cette présentation, par la plupart des membres qui ont pris la parole, ont eu pour résultat d'accentuer ce doute, plutôt que de l'atténuer.

D'après M. le D^r Mercier, la coexistence des deux faits:

traumatisme et paralysie générale, serait purement fortuite ; ces deux faits, ajoute-t-il, sont l'un et l'autre tellement fréquents qu'il serait fort extraordinaire qu'ils ne se rencontrassent pas, de temps en temps, chez le même malade. C'est là, pensons-nous, une opinion exagérée, mais nous avons cru devoir, néanmoins, la faire connaître.

Le Dr Rayner est d'avis que la question présente une très grande importance, mais qu'elle est d'une solution difficile. Il raconte que, dans ces derniers temps, il a fait raser la tête d'un grand nombre de ses malades, tous atteints de paralysie générale, et qu'il a été surpris de la quantité de cicatrices du cuir chevelu que cette opération avait fait découvrir ; presque tous ces malades en présentaient une ou deux. Les paralytiques étant, le plus souvent, des gens doués d'une grande activité, on peut supposer que chez eux, les coups et les blessures sont plus fréquents que chez d'autres ; mais, ajoute le Dr Rayner, il est possible que presque tout le monde porte les traces de quelque blessure sur la tête, et il est bien certain que beaucoup de lésions du crâne, même graves, se produisent sans jamais entraîner, à la suite, aucun indice de folie. Il cite, en outre, deux cas observés par lui-même ; deux ouvriers ayant été gravement blessés à la tête, l'un dans un arsenal, l'autre dans une fonderie de fer, présentèrent immédiatement des symptômes de paralysie générale, et ne purent jamais reprendre leurs travaux ; cependant, après enquête faite, on dut reconnaître que, chez tous deux, les blessures n'avaient eu d'autre résultat que de précipiter l'évolution d'une prédisposition morbide préexistante.

A l'occasion de malades affectés d'un commencement de paralysie générale, et continuant, néanmoins, à remplir leurs occupations habituelles, on a cité, dans cette discussion, l'exemple d'un mécanicien de chemin de fer qui, trois jours avant d'être admis à l'asile de Durham, conduisait encore, de Londres à Edimbourg, le train rapide que

l'on a baptisé du nom d'Ecossais volant ; à son entrée dans l'asile, on constata que les symptômes de paralysie générale étaient déjà arrivés, chez lui, à un degré très avancé de développement.

Citons, encore, pour terminer, l'opinion du Dr Blandford qui n'a observé que deux cas de paralysie générale consécutifs à des blessures de la tête, et qui pense que ces blessures sont, le plus souvent, suivies de formes de folie autres que la paralysie générale. N'est-ce pas le contraire de ce que l'on croit généralement ?

En résumé, l'influence étiologique du traumatisme sur la production de la paralysie générale est encore très obscure, et au lieu d'en accepter légèrement la réalité, il importe de ne l'admettre qu'à la suite d'une analyse très approfondie de toutes les circonstances particulières à chaque cas.

Le même numéro du *Journal of mental science* contient deux exemples fort curieux, et fort analogues entre eux, de folie simultanément développée chez des sœurs jumelles.

M. le Dr Savage, médecin en chef de l'hôpital Bethlem, rapporte le premier exemple. Il fait remarquer, à cette occasion, qu'il a déjà vu des jumeaux affectés en même temps de maladies cérébrales, mais l'un était aliéné tandis que l'autre était épileptique ; il a vu souvent, aussi, des sœurs, demeurant ensemble et vivant de la même existence, présenter en même temps des symptômes de folie. Mais, ici, le cas est différent ; il s'agit de deux sœurs jumelles, se ressemblant beaucoup physiquement, et affectées d'une même forme d'aliénation mentale, la mélancolie avec stupeur. Toutes deux sont mariées ; elles ont quitté la maison de leurs parents, et habitent, avec leurs familles, des domiciles distincts. Elles ont chacune trois enfants ; les derniers nés de ces enfants ont, l'un neuf mois, et l'autre dix.

Elles sont entrées toutes deux à l'hôpital Bethlem, l'une

le 14 août 1882, l'autre le 17 du même mois. Chez cette dernière la maladie, survenue sans cause connue, datait de neuf semaines au moment de l'admission. Chez la première, au contraire, elle n'avait eu qu'une durée de quinze jours ; on supposait, à tort ou à raison, qu'elle avait été déterminée par la vue de la sœur malade. On ne connaît aucune prédisposition héréditaire dans la famille.

Bien que les deux sœurs fussent placées dans des quartiers différents de l'asile, et qu'il leur fût impossible de se voir, les symptômes étaient exactement les mêmes. Toutes deux restaient debout, immobiles, ne faisant rien, ne faisant attention à rien, ne satisfaisant volontairement aucun besoin, ne parlant pas, faisant beaucoup de difficultés pour manger.

Le second exemple est dû au D^r Clifford Gill, directeur-médecin de l'asile d'York. Les malades, dit-il, sont deux jeunes filles entre lesquelles il y a une très grande sympathie. Elles se ressemblent beaucoup, non seulement par les traits de leurs visages, mais aussi par leurs manières et leur langage, en sorte que rien ne serait plus facile que de les prendre l'une pour l'autre ; leurs dispositions intellectuelles se ressemblaient aussi beaucoup ; il leur est aussi arrivé souvent d'être malades ensemble. Il y a plusieurs aliénés dans leur famille. Chez toutes deux, la folie a éclaté à la suite de pertes d'argent, et elle s'est manifestée sous la forme maniaque aiguë. Depuis, elle a pris des allures de chronicité, et il est à craindre qu'elle ne soit incurable.

Il nous a paru intéressant de citer, avec quelques détails, ces curieuses observations ; elles ne rentrent pas dans la catégorie de ce que l'on a appelé la folie à deux, qui s'observe, parfois, chez plusieurs membres d'une même famille, et qui appartient aux délires partiels systématisés, surtout au délire des persécutions. Ici, la folie appartient aux formes de l'aliénation mentale généralisée, la manie dans un cas, la mélancolie avec stupeur dans l'autre ; elle paraît tenir,

surtout, à la similitude d'évolution, chez des jumelles, de prédispositions congénitales identiques.

L'Association fondée depuis quelques années, aux Etats-Unis, pour la protection des aliénés et la prévention de la folie, a dû tenir son assemblée générale le 25 janvier 1883, à Philadelphie. Le Dr Parish, de New-Jersey, président du comité exécutif, a adressé des invitations et des demandes de collaboration à plusieurs médecins aliénistes d'Europe ; dans quelque temps, probablement, nous connaîtrons le compte rendu de cette session d'une société dont on ne peut qu'approuver le but et les intentions, jusqu'à ce que l'on soit à même d'apprécier les résultats obtenus par elle. En attendant que nous connaissions ce compte rendu, nous devons réparer une omission en disant quelques mots de l'assemblée qui a eu lieu l'année dernière, le 17 janvier 1882, et d'un travail qui y a été lu par le Dr Dana, sur les desiderata du service des aliénés (*Journal of mental and nervous disease*, avril 1882).

L'auteur s'est efforcé d'extraire de la lecture des rapports annuels, publiés par les directeurs-médecins des asiles américains, ce qui pouvait le mieux faire connaître les besoins de ces asiles, et les lacunes à regretter dans l'organisation du traitement des aliénés. Son travail est conçu dans un esprit modéré et pratique qui est d'autant plus louable qu'en cela il diffère de plusieurs autres travaux, précédemment présentés à cette Société, où, sous prétexte de protéger les aliénés, on avait jugé à propos d'attaquer, parfois d'une manière très acerbe, leurs protecteurs et leurs défenseurs naturels, les médecins d'asiles.

Ceux-ci peuvent-ils être rendus responsables de ce que laissent à désirer les établissements à la tête desquels ils sont placés ? Sauf de rares exceptions, cela n'est pas le cas, et le reproche doit s'adresser, non pas à eux, mais aux administrations qui n'ont pas su tenir un compte suffisant

de l'expérience acquise, soit dans la construction des asiles, soit dans l'organisation de leur service.

Le défaut qui est signalé dans le plus grand nombre des asiles américains est le manque de place; dans vingt-six États sur trente-huit, on se plaint que les asiles sont encombrés, qu'ils ne peuvent plus recevoir les cas aigus d'aliénation mentale, que l'on ne sait que faire des chroniques et des incurables. Dans plusieurs États on demande, pour ces derniers, la création d'établissements spéciaux, afin de permettre l'accès des asiles de traitement aux malades qui présentent encore des chances de curabilité.

Dans les grands États on réclame la création d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels, mais ces asiles sont encore peu nombreux.

Il y a aussi de nombreuses demandes de création d'asiles ou de quartiers spéciaux pour les épileptiques simples, et dans les États du Sud, pour les aliénés de couleur.

Dans plusieurs États, les médecins signalent la nécessité de modifier les conditions du placement des aliénés; ils protestent, notamment, avec énergie contre les lois en vigueur dans les États du Kansas et de l'Illinois, d'après lesquelles tout aliéné, avant d'être admis dans un établissement spécial, doit passer en jugement devant un jury.

D'après l'ensemble des documents examinés par le Dr Dana, la proportion des morts par suicide, sur l'ensemble des décès qui se produisent dans les asiles américains, serait d'un peu moins de un pour cent. Il se produirait en moyenne, dans les asiles ordinaires, un suicide tous les dix-huit mois. Une proportion de suicides, dépassant de beaucoup la moyenne, doit être considérée comme l'indice de la mauvaise administration de l'établissement. Parmi les malades admis, on peut estimer que la proportion de ceux qui présentent des tendances au suicide est d'environ un cinquième; ceux qui présentent des impulsions homi-

cides sont beaucoup moins nombreux; dans cinquante-sept rapports d'asile, il n'y a qu'un homicide signalé.

Les autres desiderata sont relatifs à l'absence des moyens d'occupation et de distraction pour tous les malades, à l'insuffisance du nombre des gardiens qui, variant entre un à cinq et un à dix malades, dans les meilleurs asiles, n'est, dans beaucoup, que de un à vingt, ou même plus; à l'emploi exagéré des moyens de contrainte, qui paraissent conserver, parmi les médecins américains, plus de partisans qu'ils n'en ont dans beaucoup d'autres pays.

Nous citerons, textuellement, une des conclusions du Dr Dana: « Dans presque tous les rapports publiés par les » superintendants médicaux des asiles, on trouve la preuve » d'efforts sérieux, faits par chacun d'eux, pour l'accom- » plissement de ses devoirs. Ce qui prête le plus à la cri- » tique, au point de vue médical, c'est l'insuffisance des » préoccupations scientifiques, chez la plupart de ces » médecins. Administrer un asile, d'une manière régulière » et économique, c'est certainement quelque chose, mais » ce n'est pas assez. Il y a une science que l'on appelle » la psychiatrie; nous possédons, dans ce pays, trois cents » médecins qui n'ont, pour ainsi dire, autre chose à faire » que d'étudier cette science, chez leurs quarante mille » malades. Mais, d'une manière générale, ils ne contribuent » en rien au progrès de la science, ni aux publications » qui s'y rapportent; c'est ce que l'on chercherait vaine- » ment dans n'importe quel autre pays, et dans n'im- » porte quelle autre branche de la pratique médicale. »

Ce sont là, sans doute, des reproches exagérés, et ceux auxquels ils s'adressent ne manqueraient pas de dire, s'ils voulaient répondre, que ce n'est pas dans des rapports annuels, sur leurs services d'asile, qu'ils s'appliquent à faire connaître les résultats de leurs recherches scientifiques. Mais il n'en est pas moins évident qu'un pareil reproche doit reposer sur quelque chose de fondé, et ce

n'est peut-être pas aux seuls médecins américains qu'il pourrait être adressé, avec une certaine exactitude. Pour tous les autres desiderata, on peut aussi dire qu'ils n'existent pas seulement au delà de l'Atlantique. La demande d'asiles spéciaux pour les aliénés de couleur étant mise de côté, ne pourrait-on pas réclamer, dans bien des pays d'Europe, l'amélioration du service des aliénés, comme en Amérique ?

A. F.

ERRATUM

L'omission involontaire d'une ligne a complètement altéré le sens d'un passage de notre précédente chronique (*Annales*, janvier 1883, p. 40, vers le bas), ou plutôt ce paragraphe, tel qu'il est imprimé, n'a aucune signification. Nous regrettons d'autant plus cet accident qu'il s'est produit dans la citation, qui devait être textuelle, d'une note imprimée au bas de la page 434 du n° d'octobre 1882 de l'*Encéphale*. Dans cette note, M. Luys rectifie une opinion précédemment exprimée par lui, sur une question très-importante, celle de la durée au delà de laquelle la folie doit être considérée comme incurable; nous rétablissons, ci-dessous, le paragraphe tel qu'il aurait dû être reproduit, conformément au texte de l'auteur; les mots omis par erreur dans le n° de janvier sont soulignés :

« Je ne me suis sans doute pas suffisamment expliqué à
 » ce propos, car j'entends, ainsi, spécifier quatre ans et
 » cinq ans de démence confirmée. Les années ne doivent
 » donc pas être supputées *à partir du début de la maladie*,
 » *mais bien* à partir du moment où la démence s'est mani-
 » festée et où la chronicité étant établie, le malade est
 » destiné à vivre dans un état d'isolement complet et
 » d'indifférence profonde du milieu ambiant. »

A. F.

Pathologie

SUR LA THÉORIE

DE LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

DE LA FOLIE PARALYTIQUE ET DE LA DÉMENCE PARALYTIQUE CON-
SIDÉRÉES COMME DEUX MALADIES DISTINCTES.

Par M. le Dr J. BAILLARGER

Membre de l'Académie de médecine (1).

II. — *De la paralysie générale sans embarras de la parole.*

On a souvent rappelé comment Esquirol étonnait les médecins avec lesquels il se trouvait en consultation, lorsqu'il déclarait incurable tel ou tel malade qui n'offrait en apparence aucun symptôme grave, mais chez lequel il remarquait une légère hésitation de la parole.

On n'accorde plus aujourd'hui, au point de vue du pronostic, une signification aussi absolue à ce symptôme, mais il n'en est pas moins resté le plus important pour le diagnostic de la paralysie générale; c'est encore celui qu'on recherche avant tous les autres et qui vient souvent lever les doutes, lorsqu'on a hésité pendant plusieurs semaines ou même pendant plusieurs mois.

Cependant, il y a des cas où la maladie s'étant prolongée

(1) Voir le numéro précédent.

assez longtemps, la guérison a lieu sans qu'on ait pu saisir aucun trouble dans la prononciation.

Les malades ont offert le délire des grandeurs diffus et incohérent, ou le délire hypochondriaque spécial, ou tous les deux successivement ; au délire ambitieux s'est joint souvent ce besoin comme automatique de tout détruire, qu'on observe dans la manie paralytique ; quant aux symptômes somatiques, on a pu noter une excitation musculaire très vive, l'inégalité des pupilles, quelquefois même des signes d'ataxie dans la démarche. A une période de dépression a succédé, dans certains cas, l'excitation maniaque ambitieuse et cependant, malgré l'existence de plusieurs de ces symptômes, l'embarras de la parole n'a pu être constaté.

Il y a même des cas dans lesquels les symptômes somatiques font complètement défaut, de telle sorte qu'on a pu, pour ainsi dire, observer alors une paralysie générale uniquement *caractérisée par les symptômes psychiques*.

Ces derniers cas ont paru fixer l'attention de Westphal.

On rencontre, dit-il, des malades qui offrent les symptômes psychiques de la paralysie générale et qui meurent sans avoir présenté aucun trouble de la motilité. Ces faits constituent pour lui la *paralysie générale latente*.

Ces deux ordres de faits offrent un assez grand intérêt au point de vue de la théorie de la paralysie générale, et je ne crois pouvoir mieux faire que de citer un certain nombre d'observations pour servir de base à la discussion.

Cinquième observation (M. NASSE).

Homme de cinquante ans. Predisposition héréditaire. Habitudes de débauche. Querelles et discussions avec les membres de sa famille.

A l'entrée à l'asile, excitation et délire des grandeurs. Pendant son séjour, on observe chez le malade plusieurs

syncopes. Comme signes physiques : asymétrie faciale, *inégalité pupillaire*, mais *pas d'embarras de la parole*.

Après deux mois, l'amélioration survient lentement, et une variole confluyente n'entrave en rien les progrès de la convalescence. Le malade sort *cinq mois* après son entrée.

Depuis *cinq ans*, la raison et l'intelligence *ont conservé leur intégrité*.

Sixième observation (M. NASSE).

Homme de trente-quatre ans. Tante aliénée. Intelligent, mais d'un caractère des plus violents. Vie aventureuse. *Il y a quatre ans, accès de mélancolie*.

A la suite d'altercations très vives avec ses voisins, grande excitation avec *délire des grandeurs* qui, après quatorze jours, nécessite la séquestration.

A l'entrée, idées de satisfaction, *délire des grandeurs* avec tendances érotiques. Le malade gâte; idées d'évasion; mouvements impulsifs. *Inégalité des pupilles*. Asymétrie faciale; langue déviée et tremblante, *aucune trace d'embarras de la parole*.

Après *trois mois d'agitation furieuse*, le calme survient peu à peu, l'inégalité pupillaire persiste; le malade, après quatre mois et demi de séjour à l'asile, parvient à s'évader et rentre chez lui.

Depuis *lors, quatre années* se sont écoulées; il ne reste chez cet homme qu'une facile irascibilité et de l'indifférence pour ses affaires. On le *considère comme guéri*. (Irrefund, 1870.)

Dans ces deux cas, on peut, comme on le voit, pour diagnostiquer la paralysie générale, invoquer:

1^o Pour le premier, l'excitation maniaque avec délire des grandeurs, l'inégalité pupillaire et les syncopes;

2^o Pour le second, la même excitation avec délire des grandeurs, l'inégalité des pupilles, les tendances érotiques et les actes impulsifs.

Septième observation (M. CHRISTIAN).

Artiste peintre. Quarante-huit ans. Accès maniaque avec excitation très vive, actes de violence, insomnie, etc. Le délire est caractérisé par des idées de grandeur absurdes et incohérentes. Les pupilles sont inégales, mais on n'a pu constater *ni embarras de la parole, ni tremblements fibrillaires des muscles*. (Bains prolongés, séton à la nuque, purgatifs.)

L'amélioration ne survient qu'après plus d'une année ; le malade reste alors près d'une année encore dans un état qu'on ne pouvait assimiler à la guérison. Il était très irritable et sujet à de violents emportements pendant lesquels il devenait incohérent.

Ces symptômes eux-mêmes disparurent et le malade put rentrer dans sa famille, après une séquestration qui avait duré près de deux années.

Depuis deux ans, la guérison se maintient, ce peintre a repris ses travaux, mais il y a persistance de l'inégalité pupillaire.

Cette observation est remarquable par la durée de la maladie, qui était ici caractérisée par le délire maniaque avec prédominance de délire des grandeurs absurde et incohérent et, de plus, par l'inégalité pupillaire.

Huitième observation (M. BRUNET).

M. X..., âgé de trente-deux ans, ingénieur, était sujet à des céphalalgies avec signes de congestion vers la tête. Ces symptômes disparaissaient habituellement après des épistaxis, mais plusieurs fois ils avaient été suivis d'embarras dans la marche.

Au début, abattement, état de souffrance générale, conceptions hypochondriaques. Ces symptômes s'aggravent à la suite de peines morales.

Plus tard, à la *dépression hypochondriaque succède un état d'expansion avec contentement général, et des idées d'orgueil et d'ambition.*

Dès ce moment, les lettres témoignent d'un véritable délire. Alors, vie désordonnée; excès de femmes et de boisson; puis éclate un accès de manie. M. X... est conduit dans un asile.

A l'entrée, agitation très vive, incohérence dans les idées et dans les actes. *Idées de grandeur*; impulsions à mal faire, hallucinations de l'ouïe et de la vue.

Cet accès de manie se prolonge pendant *six mois*; outre les idées de grandeur, les projets chimériques, le malade se fait surtout remarquer par une tendance comme irrésistible à tout détruire autour de lui.

Il n'y a aucune hésitation de la parole, mais on remarque l'embarras dans la marche qui avait été déjà noté longtemps avant l'explosion de la maladie, à la suite des signes de congestion vers la tête. Il est à regretter qu'on n'ait donné aucun détail sur cet embarras de la marche. A-t-il persisté longtemps, était-il passager, c'est ce qu'on ne dit pas. Il faut donc s'en tenir à ce fait que la *parole était intacte*.

Dans ces conditions, Renaudin croit devoir regarder le malade comme atteint de manie avec *tendance* à la paralysie générale; mais il ne pense pas que cette maladie soit déjà déclarée. « Toutefois, dit-il, les prodromes de l'affection ayant présenté notoirement une teinte hypochondriaque, nous pouvons *craindre encore la paralysie générale*, si l'intensité du délire venant à persévérer, faisait passer cette affection de la *période dynamique* à une seconde période, caractérisée par des *accidents organiques*. »

Ce passage de ce que Renaudin appelle la période dynamique à la période organique n'a pas eu lieu. Le malade a guéri après huit mois, et sa guérison semble avoir été favorisée par un *érysipèle phlegmoneux* survenu au pied droit.

J'ajoute qu'il n'y a pas eu ici simple rémission. M. X...

a été, après sa sortie de l'asile, chargé comme ingénieur de travaux importants, et après plusieurs années aucune rechute ne s'était produite.

M. Brunet a cité cette observation comme un exemple de guérison de *périencéphalite* ou, comme il le dit, de *péricérébrite* à la première période.

On peut invoquer en faveur de son opinion :

1° Les accidents congestifs vers la tête qui ont précédé la maladie et qui étaient quelquefois suivis d'une ataxie passagère dans la marche.

2° La période de dépression avec prédominance d'idées hypochondriaques.

3° L'excitation très vive avec excès alcooliques et vénériens, avec contentement général, idées d'orgueil et d'ambition, excitation qui, après avoir duré deux mois, s'est transformée en un véritable accès maniaque.

4° L'accès de manie avec idées de grandeur et remarquable surtout par ce besoin incessant de tout détruire.

5° La guérison à la suite d'un érysipèle phlegmoneux.

L'observation suivante n'a point encore été publiée et je la cite ici avec quelques détails, parce qu'elle me paraît offrir un assez grand intérêt au point de vue des symptômes psychiques, mais surtout de la marche de la maladie. Il paraît difficile en effet, malgré l'absence de l'embarras de la parole, de la séparer de la paralysie générale telle qu'elle est envisagée par les partisans de la théorie unitaire.

Neuvième observation (M. BAILLARGER).

M. X..., âgé de trente-deux ans, docteur en médecine, après des excès de travaux et de veilles, est pris, presque subitement d'une exaltation très vive. Après quelques heures, cette exaltation est remplacée par une sorte d'état extatique qui se prolonge pendant deux ou trois jours. Alors, explosion d'un délire ambitieux avec agitation. Le

malade se croit appelé à de grandes destinées, il distribue autour de lui les plus hautes dignités; en même temps, il est en proie à un besoin comme automatique de mouvement, il ne peut rester un instant en place, ne s'assied pas même pour manger, il va et vient sans prendre un instant de repos.

Cependant, après deux mois, l'agitation maniaque et le délire ambitieux avaient graduellement disparu. Un mois est consacré à la convalescence. La guérison paraissait alors si complète que M. X... put reprendre sa clientèle.

Pendant cinq mois la guérison se maintient, seulement il y avait une tendance congestive qui se manifestait surtout quand le malade se trouvait dans un lieu un peu fortement chauffé. Un soir, il est obligé de quitter un théâtre où la chaleur avait provoqué chez lui un commencement de syncope.

Après cinq mois, invasion d'une mélancolie hypochondriaque. M. X... prétend que son estomac est rempli de gaz; il se plaint d'étouffements, il assure que ses aliments ne font que traverser rapidement le tube digestif, et à peine a-t-il fini de dîner qu'il voudrait recommencer. Bientôt le délire hypochondriaque augmente et prend un caractère plus spécial. M. X... croit que sa langue est trop petite, qu'elle ressemble à un dard; il va même jusqu'à dire qu'il n'en a plus. Il est convaincu que tous les aliments qu'il prend, au lieu d'arriver à l'estomac, passent par un trou qu'il croit avoir dans la partie latérale de la bouche.

Quand je vis le malade, il y avait huit jours qu'il avait refusé toute alimentation. Il ouvrait largement la bouche pour me montrer cette ouverture anormale par laquelle devaient dévier les aliments.

Pendant dix mois, le délire hypochondriaque persista avec quelques variations dans les conceptions délirantes. Le malade prétend que sa langue est perdue, que ses dents sont trop petites, etc.

M. X... succomba, dans un état de maigreur extrême, à un épanchement pleurétique qui remplissait tout le côté droit de la poitrine et à un commencement de phthisie pulmonaire. Depuis un mois, il rendait du pus par les garde-robes.

Pendant les dix-huit mois qui se sont écoulés depuis l'invasion, il n'y a jamais eu d'embarras dans la prononciation. Les pupilles ont été à plusieurs reprises inégales.

Comme on le voit, on peut invoquer dans ce cas en faveur de la paralysie générale :

- 1° Un accès de manie ambitieuse qui a duré deux mois ;
- 2° Une intermittence de cinq mois de durée ;
- 3° Une mélancolie hypochondriaque qui s'est prolongée dix mois.

De quelle manière doit-on envisager les cinq observations qui précèdent et toutes celles qui leur ressemblent ? Pour les partisans de la théorie unitaire, le problème qu'il s'agit de résoudre est toujours le même. Il faut décider si les malades ont été atteints de paralysie générale ou de folie simple.

M. Brunet (Obs. VIII) ne paraît avoir eu à cet égard aucune hésitation ; il regarde le malade comme ayant été réellement guéri d'une *péricérébrite* ayant eu pour manifestation symptomatique un violent accès de manie ambitieuse qui a duré six mois. Cependant Renaudin ne partageait pas cette opinion ; on a vu que, pour lui, le malade était simplement atteint de manie avec menace de paralysie générale.

Quant à M. Nasse (Obs. V et VI), il déclare qu'après avoir regardé ses deux malades comme étant atteints de paralysie générale, il a été très surpris de leur guérison. Il ajoute que ces deux guérisons inespérées « lui imposent la règle de ne plus poser à l'avenir aucun diagnostic de paralysie générale, tant qu'il n'aura pas constaté le *trouble du langage*, signe qu'il considère, dit-il, comme le plus important des symptômes paralytiques, et de ne plus s'en

laisser imposer désormais uniquement par l'influence prédominante des troubles psychiques. »

Quant à M. Christian, il déclare, dans une note qu'il m'a remise, qu'il n'a pas regardé son malade comme atteint de paralysie générale, malgré l'inégalité des pupilles et un délire ambitieux diffus, incohérent et absurde. D'autre part, il ne voit pas non plus dans ce cas un accès de manie simple, et il émet cette opinion que peut-être il y aurait lieu d'admettre, pour les faits de cette nature, une classe intermédiaire.

M. Foville, à propos d'un malade atteint de paralysie générale *sans embarras de la parole*, me paraît avoir très bien discuté la question de diagnostic, et je ne crois pouvoir mieux faire que de citer ici les réflexions qui suivent son observation; elles peuvent s'appliquer plus ou moins aux cas qui précèdent.

Le malade ne présentait aucun embarras dans la parole, aucun trouble dans la marche, mais on trouvait chez lui de la manière la plus nette « des idées de grandeur jointes à un délire diffus, mobile et incohérent, et à des actes extravagants, tels que des achats sans motifs ni mesure, des scènes de violence, et l'on sait, dit M. Foville, que ce sont là des symptômes pour ainsi dire pathognomoniques de la paralysie générale. »

Dans ce cas, le délire expansif et ambitieux avait été précédé durant quelques mois par une période lypémaniaque bien accusée; en outre, les pupilles étaient très resserrées et non dilatables. Enfin, circonstance importante, six mois avant l'explosion du délire, le malade avait eu une syncope.

Après avoir insisté sur la période lypémaniaque qui avait précédé le délire expansif et sur le resserrement des pupilles, M. Foville conclut ainsi : « Nous n'hésitons donc pas à formuler le diagnostic de *paralysie générale* en disant que, chez ce malade, on a observé jusqu'ici comme

prélude de la démence paralytique confirmée dont tous les symptômes ne manqueront pas de se manifester tôt ou tard :

1° Peut-être la perte de connaissance de l'hiver dernier.

2° La période de dépression mélancolique de l'été dernier.

3° La période d'exaltation maniaque actuelle, absolument comparable à la manie congestive, caractérisée comme elle par des actes extravagants, du délire ambitieux mobile et incohérent, mais sans que les troubles de la motilité se soient encore manifestés autrement que par la modification des pupilles ; et nous ajouterons que, dans ce cas, il y a trop de symptômes affirmatifs réunis pour que *l'absence d'un seul* suffise pour faire méconnaître la nature véritable de l'affection » (p. 434) (1).

En se plaçant au point de vue de la théorie unitaire, cette conclusion de M. Foville me paraît s'imposer d'elle-même.

Pour les partisans de cette théorie, la paralysie générale est une maladie protéiforme pendant ses premières périodes, et qui offre cette particularité qu'assez souvent elle suspend sa marche pendant plusieurs mois ou même plusieurs années. Ces suspensions peuvent même se produire, à plusieurs reprises, dans le cours de la maladie qui se trouve alors divisée en plusieurs accès ; cependant, malgré ces suspensions qui ressemblent souvent à des guérisons, les symptômes n'en reprennent pas moins leur marche fatale et on peut toujours dès le début annoncer l'incurabilité et la mort.

Or, s'il arrive que dans un premier accès l'embarras de la parole n'existe pas, on peut être certain qu'on ne man-

(1) M. Foville ajoute qu'au bout de quinze jours l'agitation était tombée et le désordre intellectuel dissipé, mais le malade conservait « un optimisme non motivé, un peu d'affaiblissement intellectuel et un resserrement très prononcé des deux pupilles.

quera pas de l'observer dans le second. Il n'y a donc là, comme je l'ai dit plus haut, pour les partisans de la théorie unitaire, qu'une particularité dans le mode d'évolution des symptômes.

D'ailleurs ne convient-il pas de rappeler que ces cas, dans lesquels manque l'embarras de la parole, sont reliés à ceux dans lesquels ce symptôme est très évident, par une série de cas intermédiaires?

Ne sait-on pas en effet que rien n'est moins rare que de voir des malades ne présenter qu'un embarras de la parole très léger et souvent difficile à constater?

N'arrive-t-il pas assez souvent qu'on soit obligé de faire lire le malade à haute voix pour saisir l'hésitation de la parole? Or, quelle différence essentielle pourrait-on songer à établir entre ces cas et ceux dans lesquels l'embarras de la parole n'existe pas?

Il faut donc admettre que l'absence d'un seul symptôme ne suffit pas, dans les cas cités plus haut, pour changer le diagnostic et ne pas craindre avec M. Nasse de s'en laisser imposer par la prédominance des symptômes psychiques.

D'ailleurs si on ne classait pas ces malades parmi les paralytiques, il faudrait les regarder comme atteints de folie simple; or, une pareille opinion est impossible à soutenir. Il faut donc, au point de vue de la théorie unitaire, conclure à l'existence de la paralysie générale dans tous les cas semblables à ceux qui ont été cités plus haut.

Cependant si cette conclusion est la conséquence de la théorie unitaire, il est facile de démontrer qu'elle soulève de très graves objections.

La principale est fournie par les observations de *pseudo-paralysies générales* étudiées plus haut et qui ont permis de constater :

Que les symptômes psychiques et somatiques de la paralysie générale persistent dans certains cas une année et plus, sans être liés aux lésions de la périencéphalite chronique et

qu'ils peuvent s'expliquer alors par de simples troubles circulatoires. (Voir p. 30.)

S'il en est ainsi lorsque la symptomatologie semble complète, lorsque les deux ordres de symptômes sont réunis, à plus forte raison doit-on pouvoir constater l'absence des lésions de la périencéphalite chronique dans des cas où la maladie est presque uniquement caractérisée par des symptômes psychiques. J'ai réuni ailleurs plusieurs cas de ce genre, et il est assez curieux de constater qu'ils semblent surtout se rencontrer chez des malades atteints d'affection de la moelle ou de lésions locales du cerveau (4).

Je me bornerai à rappeler les cinq faits suivants qui se rapportent aux paralysies générales caractérisées presque uniquement par des symptômes psychiques.

Dixième observation (PLAXTON).

Sculpteur, quarante-sept ans. Atteint de tabes depuis neuf ans. Pas d'excès alcooliques, tendances érotiques, inconvenances avec les dames. Délire des grandeurs, il a de grandes richesses et un pouvoir supérieur à celui du génie de la lampe d'Aladin. Rémission. Reconnaît l'absurdité de son délire. Plusieurs alternatives d'exaltation et de retour à la raison. Conceptions délirantes hypochondriaques. Il prétend que ses jambes sont remplies de vent et d'ordures. Refus d'aliments par crainte d'empoisonnement.

Quand il mourut, l'ataxie durait depuis onze ans et le délire depuis deux ans.

Autopsie. — Un peu d'atrophie des circonvolutions frontales et pariétales. La pie-mère qui les recouvre est légèrement épaissie, mais ne présente aucune trace d'adhérences avec la substance corticale sous-jacente. Le cerveau est plus consistant qu'à l'ordinaire. *La substance corticale et la sub-*

(4) Je reviendrai plus loin, en discutant la théorie générale, sur cet ordre de faits dont il convient de chercher l'explication.

stance blanche n'offrent rien d'anormal à l'œil nu, mais les artérioles sont partout plus apparentes.

M. Plaxton a publié cette observation sous le titre : *Ataxie locomotrice avec symptômes psychiques simulant ceux de la paralysie générale.*

Onzième observation (M. WESTPHAL).

Homme de quarante-cinq ans. Excès alcooliques. Atteint de tabes depuis quatre ans. Accès de vertige. Changement de caractère. Le délire ambitieux éclate, le malade est plein de talents. Il fait les projets les plus grandioses pour le baptême de son enfant. Il convoquera pour cette solennité tous les banquiers et tous les princes. Il a, dit-il, *tant d'idées que la circonférence de sa tête s'agrandit. Il est le plus grand homme d'État, le plus grand musicien ; il a des voitures chargées d'or, il va épouser la princesse Victoria, etc.*

Attaques épileptiformes. Pas d'embarras de la parole, mais parfois le malade s'arrête comme si la pensée lui manquait. Cet homme, observé pendant cinq mois, passa aux incurables où il ne mourut qu'après quatre ans. A l'autopsie : pie-mère épaissie, mais *partout facile à détacher de la couche corticale qui est pâle et de consistance normale.* Ventricules latéraux très dilatés et pleins de sérosité. L'épendyme est modérément épaissie. Parties centrales du cerveau un peu moins consistantes que dans l'état normal.

A la moelle, lésions ordinaires de l'ataxie.

Douzième observation (CALNEIL).

Homme de vingt-sept ans. Excès de tous genres. Bientôt explosion d'un violent délire ambitieux. Tressaillement des muscles de la face. Embarras de la parole, mais difficile à saisir.

Pendant trois ans, les symptômes de la maladie mentale changent sans cesse d'expression. Tantôt, état de demi-raison, mais absence d'initiative pour parler ou pour agir ;

tantôt craintes sans motifs, timidité ou exaltation violente. Quelquefois le malade est assiégé par des hallucinations et des idées de défiance qui le poussent au suicide, aussi est-on obligé de le surveiller de très près.

A trente ans, il est calme, mais il parle rarement et semble avoir l'*intelligence affaiblie*; il ne présente aucun symptôme de paralysie.

A trente et un ans, il meurt subitement d'une congestion cérébrale.

Durée de la maladie, trois ans.

Autopsie. — Congestion très forte de l'hémisphère droit, mais nulle adhérence des méninges. « L'hémisphère gauche s'éloigne à peine de son état normal. La substance grise est plutôt pâle que rose dans toutes les régions de cet hémisphère. »

Treizième observation (M. CALMEIL).

Homme de soixante et un ans. Excès alcooliques, hypertrophie du cœur. A la suite d'une insolation, délire ambitieux. Il est le *frère du roi, assez riche pour acheter un palais, il veut acheter des châteaux et se faire faire un habit à collet d'or*. Quand le malade s'anime, sa figure devient cramoisie et il s'*exprime en bredouillant*. Après un an, il meurt de congestion cérébrale.

Durée de la maladie, un an.

Autopsie. — Congestion très intense du cerveau et de ses membranes; pie-mère épaissie et très infiltrée de sérosité.

M. Calmeil n'ayant point trouvé à l'autopsie les lésions de la paralysie générale, admet que ce malade « était depuis longtemps sous le coup d'une périencéphalite immnente. »

Quatorzième observation (M. BAILLARGER).

Femme de soixante ans. Attaque de congestion avec hémiplegie gauche passagère, suivie d'excitation maniaque avec

délire des grandeurs et signes de démence. La malade se croit riche, elle appartient à la famille impériale. *Toutes les marchandises de Paris lui appartiennent.* Elle a un très beau mobilier, elle va faire un très grand héritage. Vingt jours après son admission à la Salpêtrière, nouvelle congestion cérébrale. L'embarras de parole, qui persiste après les congestions, finit par se dissiper peu à peu. Mort rapide au milieu d'attaques épileptiformes.

Durée de la maladie, six mois.

Autopsie. — L'arachnoïde sur les deux hémisphères est mince et sans aucune trace d'opacité. La pie-mère s'enlève partout facilement et il n'y a aucune adhérence. Hémorragie récente dans l'hémisphère gauche; trois anciennes cavités hémorragiques dans l'hémisphère droit; une d'elles, très petite, existait à la surface et, dans ce point seulement, il y avait une adhérence, mais qui n'avait rien de commun avec les adhérences ordinaires de la périencéphalite chronique.

Il n'est pas besoin de dire que c'est surtout dans les cas où la maladie se termine rapidement par la mort, qu'on trouve cette absence des lésions de la périencéphalite chronique. Il y a plusieurs observations remarquables de ce genre dans l'ouvrage de Parchappe qui a considéré tous ces cas comme des folies simples. Je me bornerai à citer un seul fait qui m'a été récemment communiqué par M. Rey.

Quinzième observation (M. REY).

Homme de cinquante-cinq ans. Excès alcooliques. Accès maniaque. Délire violent. Plaintes incohérentes alternant avec des idées de richesse. *Il a des millions gagnés en quinze jours; il est prince de l'Europe. Projets grandioses.* Affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire; *inégalité pupillaire, tremblement de la langue et des mains.* Mort de pneumonie après un mois.

Autopsie. — Les méninges sont en quelques points opaques-

centes, transparentes partout ailleurs. Pas d'adhérences à la couche corticale. Substance grise normale. Pas de granulations épendymaires. Léger degré de ramollissement à la coupe de la substance blanche au niveau de la cavité ancyroïde. Rien au cervelet ni au bulbe. Athérome des artères de la base du cerveau, et de la base de l'aorte. Poumon droit hépatisé.

Si on cherche à analyser les six observations dont je viens de donner le résumé, on constatera que l'embarras de la parole a manqué dans plusieurs cas, que dans d'autres il a été difficile à saisir, ou ne s'est manifesté que sous l'influence d'attaques de congestions ou d'un état congestif passager.

Bien que la maladie se fût prolongée longtemps (six mois, un an, deux ans, trois ans, quatre ans), on a pu voir que, dans aucun de ces cas, les lésions de la périencéphalite chronique n'ont été constatées à l'autopsie.

Il faut donc ici encore, comme on l'a déjà fait pour les pseudo-paralysies générales, expliquer les symptômes par de simples troubles circulatoires, troubles mobiles et passagers et qui peuvent ne laisser après eux aucune lésion organique.

Mais, s'il en est ainsi, comment affirmer que dans les faits cités plus haut (Obs. X, XI, XII, XIII, XIV, XV), on a pu établir sûrement le diagnostic de la paralysie générale chez ces six malades, et cela surtout en l'absence de l'embarras de la parole?

Dans l'observation citée par M. Brunet, par exemple, est-on bien certain que le malade, après six mois de ce violent accès de manie, doive être considéré comme guéri réellement, selon l'expression de l'auteur, d'une *péricérébrite*?

Faisons remarquer d'ailleurs que l'état de violente excitation prolongé si longtemps paraît devoir créer les condi-

tions les plus propres à hâter les lésions organiques, et cependant le malade a recouvré, après son accès, l'intégrité complète de son intelligence et il a pu reprendre comme ingénieur d'importants travaux.

Ces guérisons surprenantes, bien que très rares, ne deviennent-elles pas alors un argument qui s'ajoute à celui tiré de l'absence de lésions anatomiques dans les faits cités plus haut?

On comprend donc les prudentes réserves de M. Nasse, qui, comme on l'a vu, a cru devoir déclarer qu'il n'osera plus désormais porter le diagnostic de *paralyse générale*, lorsque les symptômes psychiques ne seront pas accompagnés d'embarras de la parole.

Mais ici se présente une grave difficulté : si on ne considère pas ces malades comme paralytiques, quel diagnostic conviendra-t-il de porter?

La réponse ne peut être douteuse. Pour les partisans de la théorie unitaire, si ces malades ne sont pas paralytiques, ils ne peuvent être atteints que de folie simple, car il n'y a point d'autre alternative. Ces faits ne pourraient même pas prendre place dans les *pseudo-paralysies générales*, la symptomatologie étant trop incomplète.

Mais comment classer dans les folies simples des malades qui présentent des symptômes qu'on regarde généralement comme presque pathognomoniques de la périencéphalite chronique.

Certains auteurs semblent cependant avoir trouvé un moyen de conciliation :

M. Delasiauve, dans un cas où l'embarras de la parole était resté douteux pendant toute la durée de l'accès, bien que cet accès se fût prolongé plus d'une année, n'osa pas trancher la question de diagnostic. « Les symptômes de paralysie, dit-il, ont ici été légers ou même contestables. La parole n'était pas absolument nette et, quand le malade parlait, ses lèvres étaient agitées de mouvements convul-

sifs, comme cela a si souvent lieu au début de la paralysie générale. Quant au délire ambitieux, il était au contraire très accentué; les symptômes étaient donc ici suffisants pour déclarer que le malade, *s'il n'était déjà atteint de paralysie générale, en était au moins menacé*.

» La guérison n'est survenue et la lucidité complète n'a été constatée qu'après environ quinze mois.

Tout le monde comprendra la réserve de M. Delasiauve. Une *périencéphalite* qui se prolonge pendant un temps aussi long et qui se termine par la guérison (guérison qui se maintenait encore huit années après), est en effet assez difficile à admettre, surtout quand la maladie a été presque exclusivement caractérisée par des symptômes psychiques. M. Delasiauve hésite donc; mais si son malade n'était pas atteint de paralysie générale, il reconnaît au moins qu'il était *menacé* de cette maladie.

Or, cette opinion énoncée ici pour un cas particulier l'a été, mais d'une manière plus générale, par plusieurs auteurs.

M. Calmeil admet « que la prédominance des conceptions ambitieuses est des plus fréquentes chez les individus dont les centres nerveux encéphaliques sont *menacés*, et surtout déjà atteints d'un commencement d'inflammation diffuse à marche chronique et progressive (1). »

D'après M. Voisin, « la *menacé* de paralysie générale peut s'exprimer par des accès de manie qui présentent le plus souvent ce caractère important de se traduire, entre autres symptômes, par des idées de grandeur, par des frémissement des lèvres, de l'embarras de la parole et de l'incoordination des mouvements (2). »

A l'appui de cette opinion de M. Voisin, on peut rappeler l'observation XII, dans laquelle le malade avait eu en effet

(1) Calmeil, tome I, p. 276.

(2) Voisin, *Traité de la paralysie générale*, p. 24.

un violent accès de délire ambitieux, et un embarras de la parole difficile à saisir. Cet accès, en effet, n'était qu'une menace et, comme on l'a vu, cette menace ne s'est pas réalisée, puisque le malade n'étant mort qu'après trois ans, on n'a pas trouvé à l'autopsie les lésions ordinaires de la péri-encéphalite chronique.

D'autres auteurs ont exprimé la même opinion, en déclarant que si certains malades n'étaient pas atteints de paralysie générale, on devrait au moins craindre pour eux l'invasion de cette maladie.

« S'il y a, disait Parchappe, délire ambitieux sous certaines formes, dans certaines conditions, on peut craindre, souvent même on doit craindre l'avènement de la paralysie générale. Qu'elle s'ajoute au délire, plus de doute, la folie paralytique existe. Mais si ces phénomènes de paralysie ne se manifestent pas ? Eh bien, le délire ambitieux en persistant continue à caractériser une *folie simple*. »

On a vu (Obs. VIII) que M. Brunet avait admis chez le malade l'existence de la paralysie générale, mais qu'un autre médecin, Renaudin, regardait ce même malade comme simplement atteint de manie avec *tendance* à la paralysie générale.

Il est inutile d'insister sur ce point.

Il est évident qu'il y a un certain nombre de cas dans lesquels si on n'ose pas affirmer l'existence de la paralysie générale, il est, au moins impossible de ne pas admettre que cette maladie est plus ou moins à redouter et que les malades en sont *menacés*.

Or, quand cette menace est annoncée, comme dans les cas qui précèdent, par un ensemble de symptômes, il est évidemment impossible, en attendant l'invasion probable de la paralysie générale, de classer ces accès, comme le faisait Parchappe, parmi les folies simples.

Les partisans de la théorie unitaire sont donc forcés, malgré l'absence de l'embarras de la parole, de considérer

tous ces cas comme appartenant, dès le début, à la paralysie générale.

J'ai rappelé plus haut une observation de M. Calmeil dans laquelle le malade, après six mois de séjour à Charenton, était sorti, ayant recouvré toute la netteté de son intelligence. M. Calmeil fait remarquer que ce malade devait être réellement considéré comme guéri d'une première attaque de *péricéphalite*.

C'est de la même manière, d'après les partisans de la théorie unitaire, qu'il faut envisager les cas cités plus haut. (V. Obs. V, VI, VII et VIII.)

Il faut donc admettre avec M. Brunet, par exemple (obs. VIII), que le malade est sorti guéri d'une première attaque de *péricéphalite*. Or, il résulte de l'étude des pseudo-paralysies générales et des faits que je viens de citer en dernier lieu, que rien n'est moins démontré que ce diagnostic.

Cependant, comme je viens de le dire, c'est là une conséquence nécessaire de la théorie unitaire; car si ces malades n'ont pas été atteints de paralysie générale, ils n'auraient eu qu'une folie simple, ce qui me paraît impossible à admettre.

Il y a donc là une nouvelle et grave objection contre la théorie unitaire et, au contraire, un argument en faveur de la théorie dualiste. Il est inutile de faire remarquer, en effet, que ces malades, *menacés* de paralysie générale, rentrent naturellement dans la classe des *folies paralytiques*.

Sans doute les faits, cités plus haut, dans lesquels on a constaté l'absence de lésions anatomiques, sont encore peu nombreux; mais comme je l'ai déjà fait remarquer et comme j'espère le démontrer plus loin, leur importance ressort surtout de leur concordance avec les faits cliniques (1).

(1) Je n'oublie pas les objections qui ont été faites à la théorie dualiste et qui s'appliquent surtout à l'ordre de faits que je viens d'étudier; mais je crois devoir renvoyer la discussion de ces objections à la fin de ce travail.

III. — Du délire paralytique dans la folie simple.

Dans les cas qui viennent d'être étudiés, on trouvait plus ou moins réunis les symptômes des premières périodes de la paralysie générale, et on concluait que l'absence de l'embarras de la parole ne suffit pas pour faire renoncer au diagnostic de la maladie.

Il est un autre ordre de faits qui ne soulève pas moins de difficultés. Je veux parler des maniaques qui ont un délire des grandeurs diffus et incohérent, ou des mélancoliques chez lesquels on découvre des conceptions délirantes hypochondriaques absurdes, mais qui ne présentent d'ailleurs aucun autre symptôme de paralysie générale.

Comment ces faits ont-ils été interprétés?

Le délire ambitieux, par exemple, lorsqu'il est diffus et incohérent, suffit-il chez un maniaque pour faire considérer le malade comme étant au début d'une paralysie générale?

A une certaine époque, quelques auteurs ont cru pouvoir résoudre cette question par l'affirmative, mais il n'en est plus ainsi aujourd'hui.

On admet généralement, ce qu'ont d'ailleurs toujours admis les adversaires de Bayle, que le délire des grandeurs diffus et incohérent peut exister dans la manie simple. Cela surtout ne semble faire aucun doute, si la manie est d'origine alcoolique.

Marcé, dont on a plus d'une fois rappelé l'opinion sur ce point, s'exprime de la manière suivante: «Quant à la manie ambitieuse, elle est rare à l'état simple et *éveille* toujours l'idée d'une paralysie générale, tant sont intimes les connexions entre le délire ambitieux et les congestions chroniques avec ramollissement de la couche corticale des circonvolutions. Cependant, il ne faut pas l'oublier, la manie ambitieuse peut exister à l'état simple, dégagée de toute

altération de la motilité et susceptible d'une guérison complète. »

Ailleurs, à propos du diagnostic de la paralysie générale, l'auteur ajoute que « la manie ambitieuse, dégagée de toute espèce de complication, existe bien réellement et que tout médecin aliéniste a vu guérir des cas de ce genre. »

L'année suivante, Marcé recommandait de toujours tenir compte, dans les cas douteux, de l'influence jusque-là, disait-il, peu étudiée que l'alcoolisme peut exercer sur le délire des grandeurs.

M. Dagonet admet aussi l'existence de la manie ambitieuse en dehors de la paralysie générale, mais, comme je l'ai déjà indiqué, il la rattache surtout à l'alcoolisme.

M. Aug. Voisin, dans un mémoire sur l'alcoolisme publié en 1864, a beaucoup insisté sur ce fait que le délire des grandeurs peut s'observer dans les folies alcooliques simples, et en dehors de la paralysie générale.

Comme on le verra plus loin dans une observation de M. Foville, cet auteur pense aussi qu'on peut observer dans la manie simple un délire identique à celui de la paralysie générale.

Je ne crois pas qu'on puisse admettre comme exacte l'opinion des divers auteurs que je viens de citer et d'après laquelle le délire des grandeurs diffus et incohérent pourrait se rencontrer dans la manie simple, et je ne ferais même pas d'exception pour les folies alcooliques avec délire ambitieux.

Je ne saurais considérer, dans aucun cas, les maniaques qui ont un délire ambitieux diffus et incohérent, en tout semblable à celui des paralytiques, comme atteints de manie simple, et je me fonde sur le pronostic très différent qu'on est forcé de porter dans tous les cas de ce genre.

Deux malades sortent d'un asile, guéris d'un accès de manie.

L'un n'a eu aucune trace de délire ambitieux. (2)

Chez l'autre, au contraire, ce délire a été prédominant.

Quel est le médecin aliéniste qui ne fera pas, au point de vue du pronostic, une très grande différence entre ces deux malades? Pour l'un, aucune crainte de démence paralytique dans l'avenir, à moins de tenir compte de cas extrêmement rares et tout à fait exceptionnels. — Pour l'autre, au contraire, il faut redouter, pour une époque plus ou moins prochaine, une rechute et la terminaison par la démence paralytique, et ces craintes, on peut l'affirmer, ne manqueront pas de se réaliser pour quelques-uns d'entre eux.

Marcé a publié les observations de deux malades qu'il regardait comme atteints de folie alcoolique simple, bien que le délire ambitieux eût été des mieux caractérisés.

Or, l'un des malades fut ramené à l'hospice de Bicêtre, dix-huit mois après sa sortie, présentant alors tous les symptômes de la paralysie générale.

Parmi les trois ou quatre observations que M. Aug. Voisin a publiées pour démontrer que le délire de satisfaction et de grandeur peut s'observer dans la folie alcoolique et en dehors de la paralysie générale, se trouve celle d'un nommé Debled qu'on a cru pouvoir regarder comme guéri.

Or, ce malade, comme celui de Marcé, a été ramené à Bicêtre après deux ans et a succombé à la démence paralytique (1).

A côté de ces observations de Marcé et de M. Voisin, dans lesquelles de prétendues folies simples avec délire ambitieux, mais d'origine alcoolique, ont été suivies de démence paralytique après une guérison temporaire, on pourrait, en dehors de l'alcoolisme, rappeler d'autres cas où des malades qu'on avait considérés comme atteints de folie simple, parce qu'ils n'avaient aucun trouble de la motilité, ont été plus tard réintégrés dans les asiles, offrant les symptômes de la démence paralytique confirmée.

(1) Thèse de M. Moreaux, p. 86.

M. Bonnafous a communiqué à la Société médico-psychologique l'observation curieuse d'un maniaque avec délire des grandeurs et qui avait été rapidement guéri après un bain prolongé plus de quinze jours sans discontinuité.

Il avait considéré ce malade comme atteint de manie simple ; mais, trois ans plus tard, ce même malade rentra à l'asile avec tous les symptômes de la paralysie générale.

Des faits semblables se présentent pour la mélancolie. J'ai cité ailleurs une observation de ce genre empruntée à M. Combe et qui avait été recueillie dans le service de M. Billod, à Saint-Gemmes. Le malade avait offert le délire hypochondriaque spécial des paralytiques. Il sortit guéri de son accès de mélancolie qu'on avait regardé comme appartenant à la folie simple ; mais une année après, on le ramenait de nouveau à l'asile, atteint de paralysie générale.

J'ai moi-même observé avec Marcé un fait pareil.

Ces rechutes, caractérisées par tous les symptômes de la démence paralytique, ne s'observent point ou ne s'observent que très exceptionnellement chez les maniaques ou les mélancoliques qui n'ont pas présenté des délires spéciaux (1). Ces délires constituent donc par eux-mêmes un élément très important de pronostic dont il est impossible de ne pas tenir compte. Or, c'est là précisément ce qui doit, à mon avis, empêcher de regarder dans aucun cas les

(1) Dans la mélancolie, le délire spécial manque quelquefois et, plus souvent encore, il arrive qu'il passe inaperçu. Dans la manie, le délire ambitieux peut n'être pas prédominant et on ne lui accorde pas alors une importance suffisante. On a donc dû assez souvent voir revenir dans les asiles, atteints de paralysie générale, des aliénés qu'on croyait guéris d'une folie simple. M. Lunier m'a rapporté un cas de ce genre observé à l'asile de Blois ; la malade, considérée comme guérie d'un accès de manie simple, avait été ramenée sept mois après, atteinte de paralysie générale.

Les médecins des asiles, dit Morel, « n'ont-ils pas renvoyé comme guéris des aliénés qui, un an, deux ans plus tard, sont revenus avec les symptômes d'une paralysie générale bien caractérisée. » (*Étude des cliniques*, tome II, p. 354.)

maniaques avec délire ambitieux diffus et incohérent comme atteints de folie simple.

A l'appui de cette opinion, il convient de rappeler que tous les auteurs sont unanimes pour reconnaître que le délire des grandeurs diffus et incohérent *éveille*, comme le dit Marcé, l'idée d'une paralysie générale et que, par conséquent, cette maladie est plus ou moins à redouter.

Il y a plus de cinquante ans que M. Calmeil, tout en combattant les idées de Bayle, reconnaissait que très souvent le délire des grandeurs « avait servi à diagnostiquer la paralysie générale plusieurs mois avant son apparition. »

Or, qu'on suppose un malade sortant d'un asile guéri d'un accès dans lequel le délire des grandeurs a été prédominant, comment ne pas faire au moins des réserves pour l'avenir?

On s'explique donc l'hésitation qu'a éprouvée M. Foville à l'occasion du fait suivant, le seul que je crois devoir rappeler.

Seizième observation.

Homme de cinquante ans. Ancien hémiplégique. Il y a cinq ans, accès de mélancolie de trois mois de durée.

Excitation maniaque avec délire des grandeurs.

Le délire, dès le début, « a le caractère grandiose; le malade ne parle que de ses richesses et de ses dignités. Il a des équipages; il est envoyé par l'impératrice pour faire des heureux; il est chargé de mettre à exécution les décrets de la Providence, il est au-dessus de la nature de l'homme, entre Dieu et l'empereur; il possède des richesses immenses; il peut *toujours manger et boire. Ce matin il est allé à Marseille et en est revenu en un quart d'heure*, etc. »

Il y a un trouble de la parole, « mais, d'après M. Foville, ce trouble ne ressemble en rien à celui des aliénés paralytiques et paraît plutôt attribuable à un vice de conformation. » Guérison rapide au bout d'un mois, mais l'intelligence

reste affaiblie, la mémoire parait *épuisée*, la motilité reste dans le même état. Pendant les semaines suivantes, l'amélioration persiste et augmente, les facultés se *relevent* peu à peu au niveau qu'elles avaient avant cet accès de délire (1). »

A la suite de cette observation, M. Foville se pose la question suivante : « Avons-nous assisté, dit-il, à un accès d'aliénation mentale, isolé et indépendant, comparable à l'accès, à forme mélancolique, qui avait éclaté il y a cinq ans ? Ou, au contraire, est-ce le premier acte d'un drame pathologique destiné à traverser toutes les phases de la démence paralytique, et l'amélioration actuelle si prompte et si complète (relativement à l'état antérieur) n'est-elle qu'une des rémissions ordinaires dans le cours de cette maladie ? »

« Entre ces deux opinions nous avons ne pas osé nous expliquer d'une manière affirmative; mais nous nous sentons disposé à pencher pour la première, et à attribuer les derniers accidents à un travail congestif temporaire, qui s'est fait autour de l'ancienne cicatrice, plutôt qu'à

(1) Je ferai remarquer que, bien que l'accès ait été très court, la mémoire paraissait *épuisée*, mais que dans les semaines qui suivirent, les facultés se sont *relevées*. J'ai vu le même fait dans la période de la convalescence qui précède souvent soit les guérisons temporaires, soit les rémissions plus ou moins complètes des manies congestives. Il y a là souvent une démence apparente dont les symptômes disparaissent peu à peu, à mesure que la convalescence se prolonge. Je rappellerai entre autres l'observation d'un malade guéri à la suite d'une amputation de la cuisse et qui, pendant sa convalescence, semblait avoir l'intelligence réellement affaiblie et, signe fâcheux, il amassait toutes sortes d'ordures et en remplissait ses poches. Tous ces symptômes si alarmants se sont dissipés peu à peu, et la guérison ne s'était pas démentie après cinq années.

J'ai cru devoir signaler ce fait, parce qu'il me paraît avoir une réelle importance pour l'étude des rémissions. Souvent on laisse sortir des asiles, après une période de convalescence trop peu prolongée, des malades qui offrent encore des signes d'affaiblissement intellectuel, mais il peut arriver que ces symptômes se dissipent et qu'on voie les facultés se relever peu à peu, comme cela a lieu chez le malade de M. Foville.

une dégénérescence de toute la surface des hémisphères. Si cette manière de voir est exacte, *ici encore, les caractères du délire des grandeurs, dans le cours d'un accès de manie simple, auront été identiques à ce qui se voit dans la folie paralytique (1).* »

S'il s'agit ici d'une manie simple, il faut bien admettre, en effet, qu'on peut observer dans le cours de cette maladie un délire identique à celui des paralytiques. Ce malade qui prétend qu'il peut toujours manger et boire, qu'il fait quatre cents lieues en un quart d'heure et qu'il a des richesses immenses, peut être cité, sans nul doute, comme présentant les caractères les plus tranchés de ce qu'on appelle le délire paralytique.

On comprend donc que M. Foville, tout en étant porté à ne considérer ce malade que comme atteint de manie simple, n'ait pas osé cependant trancher la question de diagnostic.

Pour tous les faits de ce genre, des réserves semblables devraient s'imposer d'elles-mêmes au médecin aliéniste, réserves qu'on ne songe pas à faire pour la manie sans délire des grandeurs. Ces derniers malades, assurément, ne sont pas à l'abri des rechutes, mais ces rechutes ne seront pas caractérisées par les symptômes de la démence paralytique.

Je crois inutile d'insister sur la différence de pronostic dans les deux cas, et de cette différence de pronostic; je conclus à une différence de nature.

En résumé, il me paraît impossible d'admettre deux espèces de manie simple : les unes pour lesquelles on peut craindre, dans un avenir plus ou moins éloigné, l'invasion de la démence paralytique, les autres dans lesquelles cette fâcheuse terminaison n'est point à redouter.

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1884; tome 5, page 429.

Tous les cas dont je viens de parler ne peuvent donc être classés par les partisans de la théorie unitaire.

On ne saurait affirmer, en effet, que ces malades soient déjà atteints de paralysie générale, on ne peut dire davantage qu'ils n'ont qu'une manie simple.

Ces cas constituent donc une nouvelle objection contre la théorie unitaire, et je n'ai pas besoin d'ajouter qu'on peut au contraire les invoquer en faveur de la théorie dualiste.

(La fin au prochain numéro.)

Archives cliniques

81

ASILE DE MARÉVILLE. — M. SIZARET, MÉDECIN EN CHEF.

Cas de guérison rapide de lypémanie avec mutilation.

(Observation recueillie par M. le D^r A. Paris, interne du service.)

SOMMAIRE. — Idées de persécution. — Craintes imaginaires. — Hallucinations de l'ouïe. — Interprétations fausces. — Mutilation volontaire et, peu après, guérison.

D...Marie-Louise, femme C..., âgée de quarante et un ans, née et domiciliée dans le département des Vosges, entre à l'asile de Maréville le 13 septembre 1880.

Antécédents. — Dans sa famille on trouve plusieurs aliénés, un oncle et deux sœurs, dont l'une est maintenant à Maréville. M^{me} C... n'a éprouvé jusqu'à présent aucun grand chagrin; elle vit habituellement en très bonne intelligence avec son mari; elle est mère de six enfants. Ses troubles intellectuels paraissent avoir été provoqués par une émotion vive et pénible: à une époque menstruelle, M^{me} C... a fait une visite à une de ses sœurs aliénées; l'agitation excessive de celle-ci l'impressionna vivement et, après quelques jours, elle éprouvait une tristesse profonde, de l'insomnie, du trouble dans les sentiments affectifs, des craintes imaginaires, la peur d'une mort violente surtout. Elle se voyait entourée d'ennemis, considérait son mari comme un des plus implacables; elle le fuyait, abandonnant son intérieur et ses enfants dont le

sort la préoccupait peu du reste. Ces idées de persécution étaient accompagnées d'hallucinations de l'ouïe.

Pendant quinze jours, la malade fut ainsi franchement lyémaniaque, elle ne manifesta aucune tendance au suicide, aucun trouble de nature hypochondriaque, aucun symptôme d'épilepsie ou de folie impulsive. Un jour, par hasard, elle voulut s'occuper de son ménage et préparer son bois à brûler; en en cassant une branche, elle éprouva une sensation de fourmillement dans les deux mains, mais surtout dans la main droite. Cette espèce de picotement l'inquiéta bientôt; elle chercha à s'en expliquer la cause et, presque immédiatement, elle pensa que le bois avait été mordu par son chat, que ce chat était probablement enragé. Aussitôt lui vint l'idée de se débarrasser de la main qui avait été le siège du plus vif ébranlement; c'était à son avis le seul moyen d'éviter l'hydrophobie. A côté du mal, elle vit le remède, une hache; elle s'amputa la main droite (elle était gauchère).

Peu après cette opération, elle constata elle-même une amélioration notable de son état mental; elle l'attribua uniquement à la perte de sang occasionnée par la blessure.

Etat au moment de l'entrée (13 septembre 1880). — Cette femme, assez bien constituée, mais très anémique, de tempérament lymphatique, humeur égale, intelligence assez bornée (elle sait cependant lire et écrire), ne présente aucun vice de conformation extérieur. Sa menstruation est régulière. Elle arrive à l'asile triste, déprimée, indifférente; ses réponses sont lentes et tardives, mais elle parle néanmoins assez volontiers. Elle regrette vivement d'avoir attribué à son mari toutes sortes d'intentions malveillantes à son égard; elle déplore la perte que lui cause la mutilation de sa main; elle reconnaît que toutes les croyances dont s'abreuvait son esprit au moment de l'accident étaient complètement fausses et que ses craintes étaient ridicules. Ses idées sont

encore un peu confuses et troublées ; elle accuse des douleurs dans les régions frontales et épigastriques, et dans le ventre ; il lui semble que ses membres sont affaiblis, qu'elle n'a plus de sang ; elle avoue du reste ne pas se rendre un compte parfait de son état qu'elle entrevoit cependant presque tel qu'il est réellement. Elle ne commet aucun acte déraisonnable et accepte volontiers les aliments. Les nuits sont calmes ; cependant le sommeil est parfois interrompu par des frayeurs imaginaires.

La plaie paraît très récente ; il y a peu de suppuration.

La cicatrisation menace d'être longue car il n'y a qu'un lambeau cutané presque insignifiant.

Certificat de vingt-quatre heures. — « est atteinte de folie hypochondriaque, se trouve en ce moment dans un état de calme complet. Cette femme qui, dans un accès de délire, s'est amputé le poignet droit d'un coup de hache, regrette aujourd'hui son action et se rend compte de l'état maladif qui l'a provoquée. On peut espérer, en conséquence, son rétablissement prochain, en attendant lequel il est nécessaire de la maintenir à l'asile. »

28 septembre. — L'amélioration s'accroît de jour en jour, la confusion des idées et tous les troubles intellectuels tendent à disparaître.

La plaie est en très bon état ; la suppuration est assez abondante et le travail de cicatrisation se fait régulièrement. Aucun accident. Pas de fièvre.

15 octobre. — La malade est toujours très-calme ; ses propos et ses actes sont raisonnables. Elle cherche à rendre quelques services dans son quartier et sa sortie aura lieu prochainement.

La santé générale s'est améliorée également sous l'influence d'un régime tonique.

La cicatrisation sera bientôt complète.

21 octobre. — Plaie cicatrisée. Etat mental très satisfaisant.

28 octobre. — La guérison paraît confirmée ; l'autorisation

de mettre la malade en liberté est demandée à la Préfecture.

M^{me} C... quitte l'asile le 3 novembre 1880 (4).

Le traitement a consisté en : régime tonique et vin de quinquina. Pansement de la plaie deux fois par jour.

Réflexions.— Ce fait nous a semblé intéressant à plus d'un titre, mais surtout au point de vue de la rapidité de la guérison après la mutilation.

Trois facteurs ont probablement amené ce résultat favorable : l'hémorrhagie, l'émotion causée par la perte d'une main (d'ouvrière), la suppuration. Il paraît évident qu'ils ont exercé chacun une action bienfaisante, mais comme l'amélioration a été presque aussi brusque que l'accident, nous pensons que l'hémorrhagie et l'émotion ont joué le premier rôle.

Signé : D^r SIZARET.

(4) Jusqu'à présent, novembre 1882, il n'y a pas eu de rechute, la guérison est parfaite.

Législation

PROJET DE LOI

PORTANT

REVISION DE LA LOI DU 30 JUIN 1838 SUR LES ALIÉNÉS

PRÉSENTÉ AU NOM DE

M. JULES GRÉVY

Président de la République française.

PAR M. A. FALLIÈRES

Ministre de l'Intérieur et des Cultes.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le projet de loi que nous avons l'honneur de soumettre à vos délibérations a pour but de reviser complètement la législation concernant les aliénés, et de donner ainsi satisfaction à un vœu depuis longtemps exprimé par l'opinion publique.

Cependant la loi du 30 juin 1838, que nous vous proposons de modifier, n'est point une œuvre de tous points défectueuse. Inspirée par une haute pensée d'humanité, elle a, pour la première fois en France, posé le principe de l'assistance publique en faveur de toute une catégorie de malades jusque-là séquestrés comme des criminels ou livrés à l'abandon, et permis par là de réaliser dans le trai-

tement des aliénés des progrès dont il serait injuste de méconnaître l'importance.

Mais le temps a révélé dans l'œuvre du législateur de 1838 des imperfections et des lacunes graves et nombreuses. Il convient aujourd'hui de mettre à profit une pratique de plus de quarante années pour apporter à cette législation les améliorations et les compléments dont l'expérience a démontré la nécessité.

En vue de préparer cette réforme, le Gouvernement a institué une grande Commission extraparlamentaire (1) composée de Sénateurs, de Députés, de hauts fonctionnaires, de jurisconsultes et de médecins, chargée d'élaborer les modifications que comporte la législation sur les aliénés. Les études de cette Commission ont été longues et approfondies. Son zèle et sa compétence, auxquels nous sommes heureux de rendre hommage, n'ont pas peu contribué à nous éclairer; et c'est en nous inspirant de ses travaux, en adop-

(1) Cette Commission a été instituée par décret du Président de la République rendu sur la proposition de M. *Constans*, alors Ministre de l'Intérieur et des Cultes. Elle était composée de :

4^{re} Sous-Commission :

MM.

VARAMBON, Sous-Secrétaire d'Etat à la Justice, *Président*.

BARBIER, Procureur général près la Cour de cassation.

DAUPHIN, Sénateur.

DRUMEL, Député.

WALDECK-ROUSSEAU, Député.

MARNOTTAN, Député.

SÉE (Camille), Conseiller d'Etat.

BERGER, Conseiller d'Etat.

CHAUFFOUR, Conseiller d'Etat.

CAMESCASSE, Préfet de police.

TANON, Conseiller à la Cour de cassation.

VETELAY, Directeur des affaires criminelles et des grâces.

ALLOU, ancien Bâtonnier de l'ordre des avocats.

BROUARDEL, Professeur à la Faculté de médecine.

LASÈGUE, Professeur à la Faculté de médecine.

ACCARIAS, Professeur à la Faculté de droit.

LUNIER, Inspecteur général des services administratifs.

FOVILLE, Inspecteur général des services administratifs.

tant la plupart des solutions proposées par elle, que nous avons préparé le projet de loi qui vous est actuellement soumis.

Assurer le traitement des aliénés de tous les départements dans des établissements publics, uniformément placés sous l'autorité du Gouvernement et où tous les malades seraient traités par des médecins d'une compétence spéciale ;

Supprimer en conséquence la faculté laissée par la loi de 1838 aux Conseils généraux d'envoyer leurs aliénés dans des asiles privés ;

Organiser à l'égard de ces établissements un contrôle plus efficace, pendant la période de transition nécessaire entre le système actuel et celui qui doit le remplacer ;

Associer dans une large mesure les Conseils généraux à la nomination des commissions de surveillance des asiles publics départementaux ;

MM.

LEVEN (Narcisse), Membre du Conseil municipal de Paris.

THULIÉ, Membre du Conseil municipal de Paris.

CARON, Administrateur provisoire des biens des aliénés de la Seine.

2^e Sous-Commission :

FALLIÈRES, Député.

DEVELLE, Sous-Secrétaire d'Etat à l'Intérieur, *Président*.

CAMPARAN, Sénateur.

FLOQUET, Préfet de la Seine.

ROUSSEL, Sénateur.

MARGUE, Député.

DUBOST (Antonin), Député.

MAZE (Hippolyte), Député.

D^r DONNET, Député.

BAILLARGER, Membre de l'Académie de médecine.

BÉCLARD, Professeur à la Faculté de médecine.

BAILL, Professeur à la Faculté de médecine.

DEDEBAT, *Secrétaire*, Maître des requêtes au Conseil d'Etat.

VERGNIAUD, *Secrétaire général* à la préfecture de la Seine.

VEL-DURAND, *Secrétaire général* à la préfecture de police.

D^r BOURNEVILLE, Membre du Conseil municipal de Paris.

D^r LOISEAU, Membre du Conseil municipal de Paris.

PILON, *Secrétaire*, Chef de bureau à la préfecture de la Seine.

Remettre au pouvoir central la nomination des médecins et fonctionnaires administratifs de tous les établissements publics d'aliénés, afin d'obtenir un personnel hiérarchisé et présentant toutes les garanties désirables de compétence;

Prévenir, par l'intervention obligatoire de l'autorité judiciaire le danger d'admissions arbitraires dans les asiles publics ou privés, sans retarder par des complications de procédure l'entrée en traitement du malade;

Protéger la sécurité publique par la création d'asiles spéciaux destinés à recevoir les aliénés dits criminels;

Assurer enfin la bonne gestion du patrimoine des aliénés,

Tel est, dans ses lignes les plus générales, le programme que nous nous sommes tracé et qui peut se résumer dans ce double objet : d'une part, mettre la législation sur les aliénés en harmonie avec les progrès de la science; de l'autre, assurer de plus sérieuses garanties aux deux intérêts que toute disposition légale sur cette matière met naturellement en présence : celui de l'ordre public et celui de la liberté individuelle.

Nous avons cru devoir conserver le cadre et les grandes divisions de la loi de 1838. Nous avons même maintenu un grand nombre de ses dispositions. Cette méthode offre l'avantage de permettre la réunion dans un texte unique de toutes les règles qui constituent le régime légal des aliénés; elle a pour conséquence l'abrogation de la loi de 1838, dont le maintien eût rendu inévitables les difficultés d'interprétation que ne marque jamais de faire naître la coexistence de deux lois différentes sur la même matière.

Nous allons, par un examen détaillé de chacune des parties du projet de loi, essayer de démontrer l'utilité et la portée des réformes que nous nous sommes proposé d'y introduire.

TITRE PREMIER

ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

Les principales modifications apportées à ce titre sont les suivantes :

Article 3. L'article 3 du projet assimile, « sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité, même seul, à moins que le tuteur, le conjoint, l'un des ascendants, l'un des descendants ou l'un des collatéraux jusqu'au quatrième degré inclusivement du malade, n'ait son domicile dans la même maison et ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés. »

Jusqu'ici la protection de la loi était réservée aux aliénés placés dans des asiles publics ou privés. Les aliénés traités à domicile étaient privés des garanties que présentent le contrôle et la surveillance exercés par l'autorité publique. La disposition nouvelle de l'article 3 a pour but de combler cette lacune en étendant le droit et le devoir de surveillance de l'administration à toute maison où un aliéné est traité, même seul, et en permettant par là aux fonctionnaires désignés par la loi de pénétrer jusqu'à lui et de s'assurer qu'il n'est pas victime d'une séquestration arbitraire ou de mauvais traitements.

D'ailleurs et pour éviter toute rigueur excessive dans l'application de cette idée, nous avons laissé en dehors des termes de la nouvelle disposition de l'article 3 le cas où l'aliéné est soigné dans la maison même et sous la surveillance de son tuteur, de son conjoint, ou d'un de ses proches parents. Dans ce cas, en effet, la présence auprès de lui de personnes qui lui sont attachées par des liens étroits peut paraître une garantie suffisante contre tout danger qui menacerait sa liberté ou sa santé.

Article 4. Cet article a pour but de constituer sur des bases nouvelles le service public des aliénés.

Ce service, d'après la législation actuellement en vigueur, est laissé à la pleine et entière disposition des départements qui peuvent placer les aliénés indigents à leur gré, ou dans les établissements publics ou dans des asiles privés.

Les établissements publics d'aliénés se divisent en quatre classes :

1° La maison nationale de Charenton, appartenant à l'État et ne recevant pas d'aliénés indigents ;

2° Les asiles départementaux, dont le budget est réglé par le Conseil général, et qui sont administrés sous l'autorité du Ministre de l'Intérieur et des préfets, et sous la surveillance des Commissions par un directeur responsable ;

3° Les quartiers d'aliénés annexés aux hôpitaux et hospices civils, et administrés par les Commissions administratives de l'établissement ;

4° Les asiles, constituant une personne civile, et dont le patrimoine est absolument distinct de la propriété départementale, il n'en existe que sept : les asiles d'Aix, d'Armentières, de Bailleul, de Bassens, de Bordeaux, de Cadillac et de Marseille.

Les établissements dénommés aux paragraphes 2, 3, 4, reçoivent, indépendamment des aliénés indigents, à la charge d'un ou plusieurs départements, des pensionnaires à la charge des familles.

Ces établissements publics sont cependant insuffisants, puisque dans bien des cas, on a été obligé de traiter avec des asiles privés.

Vingt-quatre départements envoient aujourd'hui dans des asiles privés leurs malades, dont le nombre, à la date du 1^{er} janvier 1882, s'élevait à 8.923.

A la même date, le chiffre total des aliénés placés au compte des départements était de 39.480.

Il ne faut pas se dissimuler que l'un des plus graves inconvénients de la loi de 1838 est cette faculté accordée aux départements de traiter avec des établissements privés pour y faire soigner leurs aliénés.

Qu'arrive-t-il en effet?

Ces maisons sont fondées dans un but de spéculation, elles entraînent des frais considérables.

Il faudrait, pour que les malades puissent recevoir tous les soins exigés par leur état, que la pension payée pour eux par le département fût calculée de manière à couvrir leurs dépenses et à assurer en même temps aux directeurs des bénéfices raisonnables; or, dans la pratique, il n'en est pas ainsi, le prix moyen de la journée était, lors de la dernière statistique, en 1874, d'environ 4 fr. 10 ou 4 fr. 15 (4).

Il est à craindre dès lors que, ne trouvant pas dans les prix payés par les départements pour leurs aliénés un bénéfice suffisant, les propriétaires de ces établissements ne soient entraînés à le chercher dans des économies réalisées sur le traitement des malades, et à imposer à ceux-ci des travaux pénibles, au-dessus de leurs forces et contraires à une médication rationnelle.

En écartant même l'hypothèse d'une exploitation coupable des malades, on est obligé de constater que les départements ne sont pas en mesure d'exiger de ces établissements les sacrifices nécessaires à l'amélioration des services.

Aussi, sans vouloir incriminer l'ensemble des asiles privés, nous pensons que leur confier les aliénés indigents,

(4) Rapport général à M. le Ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés en 1874, par les inspecteurs généraux du service, MM. les docteurs Constans, Lunier et Dumesnil (p. 264).

c'est consacrer au préjudice de ces derniers un mode inférieur d'assistance ; le traitement de ces infortunés est un devoir social que les pouvoirs publics ont à remplir au moyen d'agents à la fois responsables et désintéressés ; il ne devrait jamais ni devenir, ni paraître l'objet d'une spéculation.

Le moment nous semble venu de réaliser un progrès que le législateur de 1838 n'avait pas cru pouvoir imposer, mais qui, à raison du développement considérable de la fortune publique depuis une quarantaine d'années, pourra s'effectuer sans entraîner de trop lourdes charges pour les départements.

Nous indiquerons, à la fin du présent exposé, le délai qui nous semblerait devoir leur être accordé pour leur permettre de régulariser leur situation, ainsi que le régime de transition qu'il conviendrait d'adopter.

D'ailleurs, pour éviter aux départements des charges trop lourdes, nous avons dans l'article 4 autorisé « deux ou plusieurs départements à créer et à entretenir à frais communs un asile public d'aliénés. »

Article 5. Cet article contient une modification de la composition des commissions de surveillance des asiles publics départementaux.

D'après l'ordonnance de 1839, ces commissions sont nommées par les préfets; et si des conseillers généraux y siègent, ce n'est qu'en vertu de l'autorité préfectorale.

Or l'assistance des aliénés indigents constitue principalement une charge départementale; les attributions des Conseils généraux ont reçu, notamment en ce qui touche ce service, une extension considérable. Il est juste et parfaitement conforme à l'esprit de nos institutions d'appeler le Conseil général à intervenir désormais, pour une large part, dans le recrutement des commissions auxquelles

incombe la tâche de surveiller dans toutes ses parties le fonctionnement des asiles départementaux.

Nous vous proposons en conséquence de décider que sur les cinq membres qui composent ces commissions, deux seront des conseillers généraux élus par l'assemblée départementale.

Article 7. Cet article contient la disposition suivante : « les directeurs, les médecins en chef et adjoints, les secrétaires en chef, les receveurs et les économes des asiles publics, les médecins en chef et adjoints des quartiers d'hospices affectés aux aliénés sont nommés par le Ministre de l'Intérieur. »

Il convient de rapprocher de cet article l'article 39 (titre II, section IV. *Dépenses du service des aliénés*), en vertu duquel les mêmes personnes reçoivent de l'État leurs traitements et leurs pensions de retraite.

Les directeurs d'asiles publics sont nommés aujourd'hui par le Ministre de l'Intérieur ; le décret du 25 mars 1852 attribue aux préfets la nomination des médecins de ces établissements.

En fait, et conformément à une jurisprudence constante, les préfets ne nomment ces fonctionnaires qu'après en avoir référé au Ministre, qui désigne les candidats qu'il convient d'appeler à chacun des postes vacants.

L'intervention ministérielle est ici d'ailleurs une nécessité. Le traitement des aliénés tombés à la charge de l'assistance publique ne doit être confié qu'à des médecins qui se sont voués à l'étude des affections mentales. L'autorité centrale est seule à même de faire les choix et les mutations que réclame le bien du service. Détruire la spécialité aliéniste dans nos établissements serait sacrifier à la fois l'intérêt des malades et celui de la science.

Préoccupés de ce double intérêt, nous vous proposons d'établir une complète assimilation, au point de vue du

recrutement, du traitement et de la retraite, entre les médecins d'asiles publics et ceux des quartiers d'hospices affectés aux aliénés. Il est rationnel de demander à ces médecins les garanties techniques exigées de leurs confrères des asiles, et de leur assurer en retour des avantages identiques.

Nous estimons également qu'il y a lieu de centraliser aux mains de l'État le service des pensions de retraites attribuées aux fonctionnaires des asiles, nommés aujourd'hui par l'autorité préfectorale.

Pour les receveurs, économes et secrétaires en chef, la reversibilité des retenues d'une caisse départementale dans une autre n'existe pas. Dès qu'ils ne sont plus au début de leur carrière, on ne peut leur donner de l'avancement que sur place; car ils ne sauraient être nommés d'un département dans un autre sans perdre tout droit à la retraite.

Cette inamovibilité de fait constitue une gêne pour l'administration, qui ne peut ni profiter de l'expérience acquise d'un de ces fonctionnaires pour l'appeler à un poste important, ni opérer entre eux les mutations commandées par l'intérêt du service.

Les dispositions projetées remédient complètement à ces inconvénients.

Les autres modifications apportées au titre V de la loi de 1838 sont relativement peu importantes.

Signalons cependant l'article 6 qui est ainsi conçu :

« Les quartiers d'aliénés annexés aux hôpitaux et hospices civils sont administrés par les commissions administratives. Ces commissions seront tenues de faire agréer par le préfet un préposé responsable qui est soumis à toutes les obligations imposées par la présente loi. »

Signalons encore l'obligation pour les inspecteurs généraux de visiter au moins une fois chaque année les établissements recevant des aliénés (art. 42).

Le même article étend et précise le devoir de surveil-

lance que la loi de 1838 imposait aux fonctionnaires chargés de visiter les établissements publics ou privés d'aliénés. Il autorise en outre le procureur de la République de l'arrondissement à se faire accompagner par un médecin de son choix dans ses visites.

TITRE II.

DES PLACEMENTS FAITS DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS.

SECTION PREMIÈRE. — *Des placements volontaires.*

Lorsqu'il s'agit de fixer les prescriptions relatives aux placements volontaires, on se trouve en présence de deux doctrines contraires. Les uns, estimant que les placements volontaires doivent être suspects au législateur et préoccupés avant tout de conjurer le péril d'une séquestration arbitraire, s'efforcent d'en trouver le moyen dans une procédure minutieuse et rigoureuse, préalable à tout placement de cette nature.

Les autres, plus touchés des dangers que peut entraîner pour la sécurité publique, pour la famille de l'aliéné et pour le malade lui-même tout retard apporté à son placement et par suite à son traitement, sont hostiles aux formalités d'une procédure longue et compliquée qui peut, à leurs yeux, compromettre la guérison de l'aliéné.

Dans les innovations que nous vous proposons, nous nous sommes appliqués à éviter les inconvénients de l'un et de l'autre système radicalement entendus et à concilier dans une mesure nécessaire et suffisante les deux intérêts qu'une législation sur les aliénés a pour but de garantir : la sécurité publique et la santé du malade.

Article 11. L'article 8 de la loi de 1838 prescrit, préalablement à l'admission de l'aliéné, la production d'un certificat de médecin constatant la nécessité du placement.

A ce certificat unique nous vous proposons de substituer soit un rapport signé de deux médecins, soit deux rapports différents au procureur de la République.

Cette disposition, empruntée à la législation anglaise et dont une longue pratique a démontré les avantages, permet d'éviter les inconvénients que l'expérience a révélés dans le certificat unique. La conformité d'avis exigée entre les deux médecins signataires du rapport ou des rapports dont s'agit constitue, pour la personne dont le placement est demandé dans un établissement d'aliénés, une garantie nouvelle dont l'importance ne vous échappera pas.

En disposant en outre que ces avis devront être circonsciés et indiquer notamment la dernière visite faite au malade par les signataires, les symptômes et les phases de la maladie, ainsi que les raisons d'où résulte la nécessité de le faire traiter dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir enfermé, nous lui assurons la garantie d'une double consultation médicale, au vrai sens du mot, c'est-à-dire engageant la responsabilité de ses auteurs, sans que cette légitime exigence apporte aucune complication dans la procédure, ni aucun retard dans le traitement du malade.

Article 15. Cet article renferme l'innovation essentielle de notre projet, en édictant la nécessité de l'intervention de l'autorité judiciaire pour le maintien à titre définitif d'un aliéné dans l'asile où il aura été admis provisoirement, après les formalités et sous les conditions prescrites par l'article 14.

C'est, en effet, un principe de notre droit que les questions d'État, de capacité et de liberté individuelle ne peuvent être tranchées que par l'autorité judiciaire.

La loi de 1838 avait fait une exception à ce principe de droit commun en autorisant l'internement d'un individu sur la simple présentation d'un certificat de médecin constatant son aliénation mentale, ou même en cas d'urgence, sur la

production d'une demande faite par une personne quelconque.

Cette simplification de la procédure avait surtout pour but, dans l'esprit du législateur de 1838, de hâter la mise en traitement du malade.

Ce but est également atteint par le projet que nous avons l'honneur de vous présenter, puisque l'internement de l'aliéné peut avoir lieu sans qu'il y ait à remplir de formalités plus longues que celles de la loi de 1838 dans un quartier d'observation où il recevra les premiers soins.

Mais la liberté individuelle sera plus efficacement garantie, puisqu'avant de quitter ce quartier provisoire, il sera examiné par le procureur de la République, accompagné d'un médecin de son choix, dans un délai qui ne pourra excéder quatre jours après son internement provisoire.

L'enquête à laquelle ce magistrat pourra se livrer sur la situation de famille et les antécédents de l'aliéné, ainsi que les circonstances d'où est résultée la nécessité du placement, viendra lui fournir de nouveaux éléments d'appréciation qui seront, en même temps que les résultats de la visite dont il est parlé ci-dessus et les pièces de la procédure préalable à l'admission, soumis au tribunal.

C'est donc au tribunal seul qu'il appartiendra, dans un délai qui ne pourra excéder un mois, de statuer sur le maintien à titre définitif ou la sortie de la personne placée.

Ces dispositions nouvelles constituent un ensemble de mesures qui nous paraissent une garantie suffisante contre tout danger de séquestration arbitraire.

Article 16. Au rapport prescrit par l'article 14 de la loi de 1838 et qui, étant données les innovations ci-dessus analysées, ne pourrait que faire double emploi avec la décision de la chambre du conseil, ou y contredire dans un délai trop restreint pour que l'état du malade ait pu se

modifier, nous substituons un rapport adressé au préfet par le médecin de l'établissement, un mois après que la notification de la décision de la chambre du conseil prononçant le maintien de la personne placée dans l'asile, lui aura été adressé.

Les indications contenues dans ce rapport lui permettront d'ordonner ou de provoquer, suivant les circonstances, la sortie du malade, sans que celui-ci ait eu à subir un internement trop prolongé.

Article 17. Les dispositions ajoutées à cet article ont pour but de préciser et d'étendre les obligations imposées au médecin de l'établissement en ce qui concerne la tenue du registre prescrit par l'article 42 de la loi de 1838 et les mentions qu'il est chargé d'y inscrire.

Article 21. Enfin l'article 21, tout en conservant au préfet la faculté d'ordonner la sortie immédiate des personnes placées volontairement dans les asiles d'aliénés, lui impose l'obligation de prendre au préalable l'avis du médecin traitant.

SECTION II

Des placements ordonnés par l'autorité publique.

Article 23. 4° Aux termes de l'article 48 de la loi de 1838, les préfets ordonnent d'office le placement dans un établissement d'aliénés de toute personne, interdite ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait « l'ordre public ou la sûreté des personnes »; nous proposons d'ajouter ces mots : « ou sa propre sûreté. » La pensée d'humanité qui a inspiré cette addition n'a pas besoin d'être développée.

2° Un arrêté de placement constitue une mesure ferme dont l'application ne doit pas subir de retard; si la mesure est justifiée, elle est également urgente. Il n'est pas admissible que la situation d'un aliéné reste indéfiniment en

suspens. Aussi nous vous proposons de décider que les arrêtés de placement qui n'auront pas reçu leur exécution dans un délai de quinze jours cesseront d'être exécutoires.

Article 24. La disposition finale ajoutée à l'article 24 a pour but de trancher une difficulté qu'avait fait naître l'application de l'article 49 de la loi de 1839, relatif au placement des aliénés en cas de danger imminent. Il est des asiles qui, dans ce cas, recueillent immédiatement l'aliéné sur une simple réquisition des maires; il est d'autres établissements où l'on considère que cette admission ne rentre pas dans la catégorie des mesures provisoires qu'il appartient à l'autorité municipale de prescrire, et l'on exige une décision du préfet.

L'article 24 nouveau, en disposant que, dans le cas qui nous occupe, les malades devront être envoyés directement dans l'asile qui reçoit les aliénés du département, toutes les fois que le transport pourra s'effectuer dans la même journée, leur assure formellement le bienfait du traitement immédiat à l'asile.

Article 25. L'article 25 assimile complètement les placements donnés d'office aux placements volontaires, au point de vue des garanties nouvelles données à la liberté individuelle par l'intervention obligatoire de l'autorité judiciaire pour le maintien, à titre définitif, de l'aliéné dans l'asile ou sa sortie de l'établissement. Nous ne reviendrons pas sur cette innovation considérable qui se justifie d'elle-même.

Article 31. La dernière modification importante relative aux placements ordonnés d'office, porte sur l'article 31, et a pour but de restreindre le temps pendant lequel les aliénés pourront être retenus en observation dans des hospices ou hôpitaux provisoires. Ils s'y trouvent dans

des conditions notablement inférieures à celles qui leur sont faites dans les asiles ou quartiers spéciaux, où tout est combiné en vue d'une médication appropriée à leur état.

Le motif qui, dans la pratique, entraînait ce stage indûment prolongé dans les hospices ordinaires était une raison d'économie; on diminuait les frais de transfèrement en attendant qu'il y eût plusieurs malades à conduire à l'asile.

Nous pensons que les considérations de cette valeur doivent fléchir devant l'intérêt d'humanité qui est ici en jeu; et nous vous proposons de fixer à une durée *maxima* de quinze jours le délai pendant lequel l'aliéné pourra être maintenu en état d'observation dans un établissement qui ne sera pas spécialement consacré au traitement des affections mentales.

Il faut toutefois faire la part des cas de force majeure; mais il n'appartiendra qu'au préfet de les apprécier, et d'autoriser par une décision qui devra être motivée, le maintien du malade à l'hospice pendant plus de quinze jours.

SECTION III. — *Des condamnés devenus aliénés et des aliénés dits criminels.*

Articles 32 et 33. La loi de 1838 ne contient aucune disposition relative, soit aux condamnés devenus aliénés, soit aux aliénés dits criminels.

En 1876, le Gouvernement a créé à Gaillon un quartier spécial annexé à la maison centrale et dans lequel sont transférés après enquête, en vertu d'une décision ministérielle, les condamnés devenus aliénés pendant qu'ils subissent leur peine.

Il convient, à notre avis, de consacrer par une disposition légale le fonctionnement de ces quartiers spéciaux, dont l'utilité est incontestable.

Nous vous demandons d'introduire dans la loi une autre innovation; nous vous proposons de décider en principe la création, aux frais de l'État, d'un asile spécial ou de plusieurs asiles spéciaux destinés aux aliénés dits criminels. Des établissements de cette nature ont été fondés depuis longtemps déjà dans divers pays, notamment en Angleterre et dans l'État de New-York; ils ont obtenu un plein succès.

Pourront être conduits et retenus dans les asiles spéciaux dont il s'agit :

1° Les accusés que la chambre des mises en accusation n'aura pas renvoyés devant la cour d'assises parce qu'elle les aura considérés comme irresponsables par suite d'aliénation mentale ;

2° Les accusés poursuivis pour délits qui auraient été l'objet d'une ordonnance de non-lieu ou qui auront été relaxés comme irresponsables à raison de leur état mental ;

3° Les aliénés qui, placés dans un asile, y auront commis un acte qualifié crime ou délit contre les personnes ;

4° Les condamnés devenus aliénés dont il a été parlé plus haut, lorsque à l'expiration de leur peine le Ministre de l'Intérieur a reconnu dangereux soit de les mettre en liberté, soit de les transférer dans l'asile de leur département.

Quelques mots suffisent pour motiver la création de ces établissements spéciaux.

Les médecins d'asiles et les familles protestent à juste titre contre la promiscuité actuellement existante entre les aliénés ordinaires et les malades qui ont commis des actes criminels.

Ces aliénés ne sont assurément pas des coupables, puisqu'ils ont agi inconsciemment, sous l'influence de leurs idées délirantes, et qu'ils ont, par suite, été déclarés irresponsables. Mais cet acte, surtout quand il a eu un certain retentissement, n'en détermine pas moins chez les familles

des autres malades un sentiment de crainte parfaitement légitime.

D'autre part, un certain nombre de ces aliénés plus particulièrement dangereux exige une surveillance plus stricte.

Pour ne pas encombrer les asiles spéciaux, c'est-à-dire pour ne pas augmenter indûment la dépense et ne pas leur enlever leur utilité, il est indispensable de ne pas édicter l'obligation, mais la simple faculté de transfèrement dans les asiles des aliénés appartenant aux catégories ci-dessus énoncées.

On ne peut, en cette matière, tracer des règles absolues; tout dépend des circonstances et de l'état mental du malade.

Il est des aliénés, dits criminels, dont l'envoi dans un asile spécial ne serait en rien justifié. Ce sont de véritables questions d'espèce dont la solution doit appartenir au Ministre de l'Intérieur, puisqu'il s'agit d'établissements de l'État et de dispositions à prendre dans l'intérêt général du service.

La question de la mise en liberté des aliénés dits criminels appelait également une réforme.

Il suffit aujourd'hui que le médecin traitant, qui peut ignorer ou ne connaître qu'imparfaitement les antécédents du malade confié à ses soins, déclare la guérison obtenue pour que le préfet ordonne la sortie.

Or, la mise en liberté d'un certain nombre de ces aliénés peut causer un véritable danger pour l'ordre public ou la sûreté des personnes.

Il peut se présenter que le prévenu soit rendu à sa famille, qui agit à son égard comme s'il n'y avait pas eu contre lui des poursuites, et que le prétendu aliéné rentre dans la vie commune comme s'il n'y avait pas commis un acte coupable, ce qui peut être la cause de véritables scandales, ou même de dangers réels.

On a vu un individu qui, sous l'empire d'accès périodiques de folie, commettait des escroqueries, passait en jugement, était conduit dans un asile d'aliénés et relâché dès que son accès était calmé, comme pour lui permettre de satisfaire à nouveau sa monomanie.

Nous vous proposons, en conséquence, de décider que la sortie de ces aliénés ne pourra avoir lieu qu'en vertu d'une décision de la chambre du conseil, à laquelle seraient déferées de droit toutes les demandes de sortie, conformément à l'article 44 de la présente loi.

SECTION VI. — *Dépenses du service des aliénés.*

La fixation des prix de journée par le Conseil général pour les asiles départementaux, par les Commissions administratives pour les quartiers d'hospice affectés aux aliénés ne peut présenter de difficultés; c'est d'ailleurs le maintien du régime existant.

Il est rationnel de conférer au Ministre de l'Intérieur le droit de régler les prix de journée pour les asiles de l'État, sous réserve, bien entendu, du contrôle exercé par le Parlement sur tous les établissements qui ont le caractère d'une institution nationale. Il semble, d'un autre côté, que pour les asiles publics dont il a été parlé plus haut, et qui ne sont ni des asiles départementaux ni des quartiers d'hospice, les prix de journée devraient être également déterminés par le Ministre de l'Intérieur. Ces établissements s'appartenant et étant obligés de se suffire à eux-mêmes, on ne voit aucune raison de droit ou d'équité pour laquelle les Conseils généraux auraient la faculté d'imposer à ces asiles un prix de journée. Le Ministre de l'Intérieur paraît l'arbitre désigné pour trancher les contestations soulevées à cet égard et déterminer d'une manière impartiale, en cas de désaccord entre les départements et les établissements précités, le prix de journée que ces derniers seraient en droit d'exiger.

Il est à peine besoin d'ajouter que la disposition précitée ne saurait avoir d'effet rétroactif, et que les traités en cours entre les départements et les asiles dont nous parlons recevront leur exécution intégrale.

Aux termes du dernier paragraphe de l'article 36, les Conseils généraux ne pourront, en aucun cas, disposer des réserves ou des excédents de recettes des asiles pour les appliquer à un autre service que celui des établissements qui les auront réalisés.

Nous n'avons nullement en vue de porter atteinte au droit qu'ont les Conseils généraux de statuer définitivement sur les recettes de toute nature et les dépenses d'établissements d'aliénés appartenant au département, c'est-à-dire de régler le budget de l'asile; mais la faculté de régler un budget n'implique pas, tant s'en faut, celle de l'appauvrir au profit d'un autre.

La restriction proposée est manifestement favorable aux intérêts du service. Reste à prouver qu'elle est juste.

Les recettes d'un asile départemental sont loin de provenir exclusivement de fonds puisés dans la caisse du département, puisqu'elles comprennent le montant des pensions payées tant par les familles que pour le compte d'aliénés appartenant à d'autres départements. Mais à l'égard des aliénés du département qui est propriétaire de l'asile, on ne doit pas perdre de vue que les sacrifices consentis par le Conseil général sont allégés par l'appoint des contingents communaux; il faut enfin tenir compte du produit du travail des aliénés. Voilà les ressources d'origines diverses qui forment en recettes le budget de l'établissement. Est-il équitable qu'elles puissent en être distraites, que le Conseil général puisse les consacrer en partie à un autre objet? N'est-il pas juste, au contraire, qu'en toute hypothèse elles conservent leur destination charitable, et que la dotation de l'asile reste intacte?

Nous avons établi plus haut qu'il y a un véritable intérêt

à remettre au Ministre de l'Intérieur la nomination du personnel médical et administratif des asiles publics et des quartiers d'hospice affectés aux aliénés.

Le complément de cette réforme est le paiement par l'État des traitements et pensions de retraite de ce personnel, ainsi que nous l'avons dit à propos de l'article 7. Aujourd'hui, des mutations, les admissions à la retraite commandées par le bien du service sont souvent difficiles à opérer, parce qu'elles comportent une dépense additionnelle au budget de tel ou tel asile, dépense qui implique elle-même un vote du Conseil général.

De plus, la qualité des retenues et les conditions de la retraite sont loin d'être partout les mêmes, et beaucoup de départements exigent que les fonctionnaires aient passé à leur service un temps déterminé, qui peut être de dix, douze et même de quinze années. C'est là une condition que remplissent difficilement des directeurs et des médecins, promus à des postes de plus en plus importants à mesure qu'ils avancent dans leur carrière.

A raison de cette dernière circonstance, ce sont presque toujours les mêmes départements, c'est-à-dire ceux où se trouvent les grands asiles, qui ont à constituer des pensions de retraite.

Enfin, les médecins d'asile qui se distinguent le plus et méritent d'être promus au poste d'inspecteur général du Ministère de l'Intérieur, sont obligés d'abandonner le montant de leurs retenues et de perdre leurs droits à une retraite départementale. Ils ne sont plus, d'autre part, assez jeunes pour acquérir des droits à une retraite de l'État.

Ces difficultés pratiques et ces anomalies si contraires à l'équité disparaîtront du moment où les fonctionnaires des asiles seront payés par le Ministère de l'Intérieur (art. 7).

L'État ne ferait qu'une avance; il serait remboursé au moyen du prélèvement d'un certain nombre de centimes sur le prix de journée payés par les départements pour

leurs aliénés et par les familles pour leurs pensionnaires ; la loi de finances déterminerait le montant de ces contingents et les bases de répartition.

SECTION V. — *Dispositions communes à toutes les personnes placées dans les établissements d'aliénés.*

Article 41. La faculté qui résulte de l'article 29 de la loi de 1838 de faire statuer en tout temps par l'autorité judiciaire sur l'état mental de toute personne placée dans un établissement d'aliénés, constitue la garantie la plus efficace qui puisse être donnée à la liberté individuelle. Peu de lois étrangères peuvent à cet égard soutenir la comparaison avec la loi française.

Cet article ne tranche pas toutefois la question de savoir sous quelle forme la personne placée dans un établissement d'aliénés pourra, en vue d'obtenir sa sortie, se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation de l'établissement.

Nous vous proposons la solution la plus favorable au malade, et nous vous prions de décider qu'il suffira que le réclamant adresse une demande sur papier libre au procureur de la République, qui devra sans retard saisir la chambre du conseil.

Il ne pourra donc arriver désormais qu'une personne placée dans un asile se trouve, en fait, privée de l'exercice de son droit de réclamation, parce qu'elle ne sera pas à même de constituer un avoué et de fournir une caution.

Le même article 29 de la loi de 1838 dispose que, dans le cas d'interdiction, la demande ne pourra être formée que par le tuteur de l'interdit ; nous estimons qu'il n'est pas juste de refuser cette faculté à l'interdit lui-même, alors que la loi l'accorde indistinctement à toutes les personnes placées dans les asiles.

Nous vous proposons en conséquence de la lui accorder.

Le même droit serait donné également au procureur de la République, protecteur naturel de l'interdit.

Article 42. Cette disposition] toute nouvelle a pour objet de développer et de régulariser en même temps une pratique très favorable aux aliénés, mais dont actuellement la légalité est fort discutable : nous voulons parler des sorties autorisées par le médecin à titre d'essai. L'usage a permis de constater les excellents résultats de ces sorties qui fournissent au médecin le moyen le plus sûr pour reconnaître, dans les cas douteux, si un aliéné peut être rendu à la vie commune. C'est l'expérience directe, la constatation même du fait substituée à de simples présomptions.

Le médecin est, plus que toute autre personne, à même d'apprécier l'opportunité et l'utilité de ces sorties pour le malade qu'il traite.

Nous avons pensé cependant qu'il convenait de faire sanctionner son autorisation par le préfet, quand l'essai devrait se prolonger au delà d'un mois.

Nous vous proposons en outre de décider que, dans tous les cas, mention des sorties ainsi autorisées à titre d'essai serait faite sur le registre dont la tenue est prescrite par l'article 47 et qu'avis en serait donné au préfet, au procureur de la République et au maire de la commune, de manière à leur permettre d'exercer sur l'aliéné ainsi rendu à la vie commune une surveillance discrète et de faire procéder sans retard à sa réintégration dans l'asile, au cas où il serait constaté de nouveau que son état mental peut compromettre l'ordre public, la sûreté des personnes ou sa propre sûreté.

Article 44. Aujourd'hui quand un aliéné s'évade, il ne cesse pas, légalement parlant, de faire partie de l'effectif des malades de l'asile; et on a vu opérer, sans aucune formalité, la réintégration des aliénés dans l'établissement de longs mois après leur évasion. Nous prévenons cet abus en

n'admettant la réintégration sans formalités nouvelles que lorsqu'elle s'accomplit dans un délai fort court, celui de quinzaine, et en exigeant que, passé ce délai, toute procédure soit recommencée.

Articles 45 à 57. Les modifications que nous nous proposons d'apporter à toute cette partie de la loi de 1838 ont un double but, assurer la bonne gestion des biens des aliénés et surtout empêcher que leurs revenus soient employés à autre chose qu'à l'amélioration de leur sort.

Sous le régime actuellement en vigueur, lorsqu'un individu est interné, ses biens sont soumis à une sorte d'administration légale, mais seulement lorsqu'il se trouve dans un établissement public près duquel existe une commission de surveillance (art. 34 ancien). Mais s'il est placé dans une maison de santé, il n'en est pas de même; et en attendant que le tribunal, sur la demande de certaines personnes, lui nomme un administrateur judiciaire, la gestion de sa fortune n'est confiée à personne.

Il y avait là une lacune que le projet soumis à vos délibérations doit combler; pour le faire, nous proposons (art. 46 nouveau) de confier l'administration légale à une personne désignée d'avance par le président du tribunal du lieu où se trouve l'établissement.

Cette réforme est d'autant plus nécessaire, que le plus souvent, pour ne pas dire toujours, les individus placés dans les maisons de santé et dans les asiles privés sont, parmi les aliénés, ceux qui ont des biens d'une certaine importance. Cette mesure s'applique aux personnes soignées conformément au nouvel article 3.

Lorsque l'aliéné est placé dans un asile public, l'administration légale restera entre les mains d'un délégué de la Commission de surveillance (art. 45 nouveau) dont les pouvoirs ont été restreints et étendus en même temps.

Ils ont été restreints en ce qui concerne la vente du

mobilier; elle ne lui sera plus permise qu'avec l'autorisation du président du tribunal et l'avis du médecin traitant. Pour justifier cette réforme, il suffit de rappeler que souvent on a vu des individus qu'on croyait guéris et qu'on avait fait sortir, redevenir malades en ne retrouvant plus leur mobilier, leurs outils, etc.

L'intervention du médecin aura pour résultat de prévenir les inconvénients que pourrait avoir, au point de vue de la santé de l'aliéné rendu à la vie commune, une vente précipitée de son mobilier.

Les pouvoirs de l'administrateur légal sont étendus en ce qui touche les baux; nous avons pensé que, dans l'intérêt même de la bonne gestion des biens de l'aliéné, il fallait permettre à l'administrateur de consentir des baux d'une durée assez longue: le nouvel article lui permet de faire des baux de neuf ans avec l'autorisation du président du tribunal.

Les dispositions dont nous venons de présenter l'analyse s'appliquent à l'administrateur désigné d'avance par le tribunal pour les aliénés placés dans les asiles privés (art. 43, al. 2). Les autres, dont il va être question, sont spécialement à l'administrateur délégué du conseil de surveillance.

Il s'agit de l'assimilation qui est faite entre lui et le tuteur du mineur; on lui accorde les mêmes pouvoirs en remplaçant l'autorisation du conseil de famille par celle du conseil de surveillance.

Cette réforme n'a pas les mêmes inconvénients qu'elle aurait eus; si la loi de 1880 n'était pas venue restreindre les pouvoirs du tuteur sur la fortune mobilière de l'incapable.

L'administrateur délégué est tenu de verser à la caisse de l'établissement les sommes provenant soit de la vente du mobilier, soit des recouvrements opérés pour le compte de l'aliéné; quant à l'autre administrateur, il doit en référer au président qui, par une simple ordonnance rendue sur

requête, décidera si, en raison de l'importance des sommes appartenant à l'aliéné, il y a lieu d'en ordonner la remise à la Caisse des dépôts et consignations (nouvel art. 46, al. 5).

Par ce moyen on en assurera la conservation ou un emploi utile à l'aliéné.

Une autre obligation est imposée à l'administrateur légal créé près des asiles privés; elle consiste à soumettre au procureur de la République, dans le mois qui suit l'année écoulée depuis l'internement, un état de la situation financière de l'aliéné.

Cette réforme a pour but d'empêcher l'administration légale de se prolonger indéfiniment, en permettant au procureur de la République de se rendre compte de la situation financière du malade et de provoquer, d'office, s'il le juge nécessaire, la nomination par le tribunal d'un administrateur judiciaire (art. 50).

Une autre innovation a été consacrée pour répondre à certaines nécessités pratiques; elle est relative au droit pour le conjoint ou l'associé d'un aliéné commerçant de demander à conserver la direction des affaires sociales. Cette demande sera adressée au président du tribunal qui devra statuer en référé, après avoir entendu l'administrateur légal. Nous avons cru pouvoir autoriser le président du tribunal à maintenir provisoirement à la tête des affaires le conjoint ou l'associé de l'aliéné, afin d'éviter une liquidation prématurée qui, comme la pratique l'a démontré, était souvent préjudiciable à l'aliéné lui-même.

D'un autre côté, nous avons pensé que, si dans les premières phases de la maladie, on pouvait espérer la guérison de l'aliéné, il était prudent de ne pas initier un étranger au détail de ses affaires commerciales; nous disons aux détails, parce que le conjoint ou l'associé devront, lorsqu'ils auront continué à gérer, soumettre à l'administrateur un état général de la situation commerciale de l'aliéné.

Les époux ont été rangés parmi les personnes qui peuvent

demander la substitution de l'administrateur judiciaire à l'administrateur légal.

Il en est de même des parents, des Commissions administratives et de l'administrateur spécial de l'article 46. La nomination de l'administrateur judiciaire sera faite par le tribunal en chambre du conseil; elle devra être précédée de l'avis du conseil de famille, mais seulement lorsqu'elle sera demandée par les parents, le conjoint et l'associé. La dispense de cet avis pour les autres cas constitue une innovation qui se justifie par la difficulté où l'on se trouve de composer ce conseil de famille (art. 50 nouveau).

En ce qui concerne les pouvoirs de l'administrateur judiciaire, nous avons établi une assimilation complète entre lui et le tuteur du mineur ou de l'interdit. Il pourra faire les mêmes actes, avec les mêmes formalités et sous les mêmes conditions, notamment l'autorisation du conseil de famille et l'homologation du tribunal, dans les cas où la loi en impose l'obligation au tuteur.

En raison de sa désignation par le tribunal et des garanties que ce mode de nomination présente, nous n'avons pas cru devoir le soumettre aux lourdes charges résultant de la constitution sur ses biens d'une hypothèque légale; le tribunal pourra toujours d'ailleurs, comme sous l'empire de la loi de 1838, atténuer les inconvénients qui pourraient résulter, dans certains cas, de cette dispense d'hypothèque légale, en constituant sur les biens de l'administrateur judiciaire une hypothèque générale ou spéciale jusqu'à concurrence d'une somme déterminée par le jugement.

Une autre innovation plus importante consisté dans l'obligation pour le tribunal de nommer en même temps un curateur aux aliénés placés dans un asile privé. L'utilité de la mission de ce curateur, dont les attributions sont réglées par l'article 38 de la loi de 1838, a été reconnue par tous ceux qui se sont occupés de cette question; mais comme sa nomination est facultative et n'a lieu que sur la demande

de certaines personnes, il arrive que jamais, ou presque jamais, elle ne se fait. C'est pour éviter les inconvénients que peut avoir l'inaction de ces personnes que nous rendons la nomination du curateur obligatoire dans tous les cas où sa présence présentera quelque avantage pour l'aliéné.

C'est ce qui se produira lorsque l'importance des biens de l'aliéné aura rendu nécessaire la nomination d'un administrateur judiciaire. Il importe que la gestion de cet administrateur soit soumise au contrôle d'une personne spécialement désignée par le tribunal en dehors des héritiers présomptifs de l'aliéné.

Le curateur doit, d'après la loi de 1838, veiller : 1^{re} à ce que les valeurs de l'aliéné soient employées à améliorer son sort et à accélérer sa guérison ; 2^o à ce qu'il soit rendu au libre exercice de ses droits aussitôt que sa situation le permettra. Il devra, d'après le projet, recevoir et examiner les états de situation que l'administrateur judiciaire est tenu de lui remettre tous les trois ans (art. 52). Il pourra s'assurer non seulement de la bonne gestion de la fortune de l'aliéné, mais aussi, et c'est là le principal, du bon emploi des revenus. Car il arrive parfois qu'au lieu de les employer, comme le veut la loi et comme l'exige l'humanité, à adoucir le sort du malade, on les ajoute au capital pour augmenter une fortune dont il ne profitera pas et qui passera à d'autres personnes.

En ce qui touche la durée des pouvoirs confiés aux administrateurs, nous avons cru devoir établir une distinction.

S'agit-il de l'administrateur légal (délégué ou autre, articles 45, 46), ces pouvoirs finiront lorsque l'aliéné ne sera plus dans l'asile ; s'agit-il de l'administrateur judiciaire qui lui aura été substitué (art. 50, 51), ces pouvoirs ne prendront fin qu'à la suite d'une mainlevée prononcée par le tribunal en chambre de conseil. Il nous a paru que l'intérêt bien compris de l'aliéné réclamait l'intervention du

tribunal pour le commencement et la fin de l'administration judiciaire.

Lorsque cette décision aura été rendue, une simple copie suffira pour permettre à l'intéressé de retirer de la Caisse des dépôts les sommes, à lui appartenant, qui y auront été versées conformément à l'article 46. Mais si la sortie a lieu avant la nomination d'un administrateur judiciaire, pendant la période de l'administration légale, ce retrait devra pouvoir s'effectuer sur la simple production d'un certificat du médecin.

Une dernière et importante innovation a trait au sort des actes passés par l'aliéné non interdit.

D'après l'article 39 de la loi de 1838, ces actes pouvaient être attaqués par l'interdit pour cause de démence. Comme il était demandeur, on pouvait soutenir que la preuve était à sa charge, ce qui rendait le succès de l'action plus que douteux. Nous avons pensé qu'il était plus juste et plus conforme à la réalité des faits d'attacher au placement dans l'asile une présomption d'incapacité, et de déclarer nuls les actes consentis par l'aliéné, par cela seul qu'ils auront été faits pendant la durée de l'internement.

C'est en ce sens que nous proposons de modifier l'article 39 en laissant à toute personne intéressée au maintien de l'acte la faculté d'en soutenir la validité, à la charge par elle de prouver qu'il a été accompli pendant un intervalle lucide.

TITRE III. — PÉNALITÉS.

Ce titre ne contient qu'un article qui reproduit l'article 44 de la loi de 1838. Aucune modification n'a donc été apportée à cet égard.

TITRE IV. — DISPOSITIONS GÉNÉRALES ET TRANSITOIRES.

Bien que n'étant pas conservés en principe, les asiles privés faisant fonction d'asiles publics ne peuvent être, en

réalité, supprimés immédiatement. On ne saurait trouver, à bref délai, les installations matérielles suffisantes pour près de neuf mille malades, et les vingt-trois départements qui ont encore des traités passés avec des asiles privés ont besoin d'un temps assez long pour organiser un nouveau mode de service.

Il est à peine besoin de déclarer que ces établissements, supprimés entant que faisant fonction d'asiles publics, pourront subsister comme simples maisons de santé, en se conformant aux lois et règlements sur la matière.

Les asiles privés faisant fonction d'asiles publics auront donc encore une existence de fait, qui se prolongera nécessairement pendant une période d'une certaine durée. Il faut régulariser leur existence et leur fonctionnement pendant cette période ; il nous paraît, en outre, indispensable, bien que ce ne soit là qu'un régime transitoire, d'augmenter l'autorité dont le Gouvernement est investi à leur égard.

Il n'est pas moins nécessaire d'étendre à ces asiles privés les mesures prises pour assurer, dans tous les autres établissements, l'administration provisoire des biens des aliénés non interdits.

Les dispositions transitoires qui terminent le projet de loi ont pour but de répondre à ces différents besoins en organisant, pour les asiles privés continuant à faire fonction d'asiles publics, un *modus vivendi* qui, à lui seul, constituera un progrès très important sur l'état de choses actuel.

Nous avons limité à six ans le délai accordé aux départements actuellement tributaires des asiles privés pour rentrer dans les termes de la loi, soit en constituant eux-mêmes un asile qui leur appartiendra, soit en passant un traité avec un établissement public.

Tant que les asiles privés faisant fonction d'asiles publics existeront, ils seront soumis aux obligations de la présente loi ; en outre, les directeurs de ces asiles, s'ils violent les obligations qui leur sont ou leur seront impo-

sée par les règlements d'administration publique faits ou à faire, seront passibles des mêmes peines qu'en cas de la violation de la loi elle-même.

Une circulaire ministérielle du 15 janvier 1860 avait prescrit d'instituer auprès de tous les asiles privés, faisant fonction d'asiles publics, une commission de surveillance chargée de veiller à l'accomplissement de toutes les formalités légales et réglementaires et à l'observation exacte des traités passés entre les départements et ces asiles.

La mesure était excellente, mais elle a été trop rarement appliquée. Nous avons tenu à la reprendre en rendant obligatoire, dans un délai de trois mois, la constitution de ces commissions. En même temps, pour répondre à un besoin de la plus haute importance, ces commissions exerceront à l'égard des malades placés au compte des départements les fonctions d'administrateur provisoire des biens des aliénés non interdits, comme cela est déjà fait dans les asiles publics par les commissions de surveillance, dans les quartiers d'hospice par les commissions administratives.

Quant aux malades placés volontairement par les familles comme pensionnaires, un administrateur légal, désigné d'avance par le président du tribunal, sera prêt à prendre en leur faveur les mesures conservatoires qui pourront être nécessaires. Il y aura donc, auprès des établissements dont nous nous occupons, deux administrateurs légaux : l'un, membre de la commission de surveillance, protégera gratuitement les intérêts des indigents des départements; l'autre, désigné par le tribunal, s'occupera, moyennant honoraires, des biens des pensionnaires. Cette double organisation répondra, du reste, exactement au caractère même de ces établissements, puisque, d'une part, il s'agit des asiles privés et que, de l'autre, ils remplissent un service public.

L'ordonnance du 18 décembre 1839, qui complète la loi du 30 juin 1838, a paru armer le Gouvernement de

oute autorité désirable à l'égard des asiles privés, puisqu'elle a prévu des cas assez nombreux où l'autorisation d'exister, accordée à ces établissements, pourrait leur être retirée par le chef de l'État et que, pendant l'instruction relative au retrait de l'autorisation, elle a donné au préfet le pouvoir de suspendre le directeur et d'instituer un régime provisoire.

Ces mesures sont suffisantes quand il s'agit d'asiles privés qui ne reçoivent qu'un nombre limité de pensionnaires : car les familles peuvent toujours, dans un assez bref délai, trouver à placer leurs malades dans une autre maison de santé.

Mais il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'un grand établissement public qui renferme plusieurs centaines d'aliénés indigents, placés par les préfets en vertu de traités passés avec le département. Le droit de fermer l'asile, seule ressource que possède le Gouvernement, si absolu qu'il paraisse être, se trouve vain dans la pratique : car le délai d'un mois auquel la régie provisoire est limitée ne peut permettre de prendre aucune mesure suffisante. Aussi nous a-t-il paru utile de donner au Gouvernement une attribution qui sera à la fois moins sévère en théorie et beaucoup plus efficace dans la pratique que celle de fermer l'asile ; elle consisterait dans tous les cas où, d'après l'article 34 de l'ordonnance du 48 décembre 1839, l'autorisation pourrait être retirée, à conférer au Président de la République le droit de suspendre pour six mois le directeur de l'établissement et d'instituer à sa place un régisseur provisoire. L'asile ne serait pas forcément fermé, et ce délai de six mois nous a paru nécessaire et suffisant, soit pour réorganiser le service dans des conditions plus satisfaisantes, soit pour transférer les malades dans d'autres établissements.

Un règlement d'administration publique devra déterminer dans leur détail les différentes mesures qui viennent

d'être énumérées et dont le projet de loi se borne à poser le principe.

On comprend que souvent, dans l'intérêt des malades comme dans celui de l'établissement lui-même, il peut être utile de confier certains services des asiles privés continuant à faire fonction d'asiles publics à des hommes qui ont acquis les connaissances spéciales nécessaires à la meilleure de toutes les écoles, c'est-à-dire dans les établissements publics consacrés aux aliénés ; mais cet avantage ne peut être obtenu qu'à une condition, celle de ne pas priver les fonctionnaires, ainsi détachés temporairement d'un service public, de leurs droits à l'avancement et à la retraite ; c'est là une précaution à laquelle il est pourvu par l'article dernier des dispositions transitoires et de la loi elle-même.

Le Président de la République française,

DÉCRÈTE :

Le projet de loi dont la teneur suit sera présenté au Sénat par le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur et des Cultes, qui est chargé d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

PROJET DE LOI

TITRE PREMIER. — ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS.

ARTICLE PREMIER. Les établissements destinés à recevoir et à soigner les aliénés sont de deux sortes : les établissements publics et les établissements privés ; ils sont exclusivement consacrés au traitement des maladies mentales.

ART. 2. Les établissements publics comprennent les asiles proprement dits et les quartiers d'hospice spécialement affectés à ce service.

Ils sont placés sous la direction de l'autorité publique.

ART. 3. Les asiles privés sont placés sous la surveillance de l'autorité publique.

Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité, même seul, à moins que le tuteur, le conjoint, l'un des ascendants, l'un des descendants ou l'un des collatéraux jusqu'au quatrième degré inclusivement du malade n'ait son domicile dans la même maison et ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés.

ART. 4. Chaque département est tenu d'avoir un asile public destiné à recevoir et à soigner les aliénés ou de traiter à cet effet avec un asile public ou un quartier d'hospice spécial, soit de ce département, soit d'un autre département.

Deux ou plusieurs départements pourront créer et entretenir, à frais communs, un asile public d'aliénés. Les conditions de leur association seront réglées par les délibérations des Conseils généraux intéressés, conformément aux articles 89 et 90 de la loi du 40 août 1871.

Il sera statué, par un décret rendu en Conseil d'Etat, sur le mode d'administration de l'établissement.

ART. 5. Les asiles publics sont administrés sous l'autorité du Ministre de l'Intérieur et des préfets des départements, et sous la surveillance de commissions gratuites, par un directeur responsable.

Les commissions de surveillance des asiles publics appartenant à des départements seront composées de cinq membres, dont deux conseillers généraux élus par l'assemblée départementale, et trois membres choisis par le préfet. Elles se renouvelleront chaque année par cinquième. Leur dissolution ne pourra être prononcée que par une décision du Ministre de l'Intérieur.

Lorsqu'un département possédera plusieurs asiles, un décret du Président de la République pourra instituer une

commission de surveillance unique, qui sera composée de 7, 9 ou 11 membres.

Le même décret indiquera la proportion des membres élus par le Conseil général dans son sein et de ceux qui seront à la désignation du préfet.

Il déterminera également les conditions du roulement.

ART. 6. Les quartiers d'aliénés annexés aux hôpitaux ou hospices civils sont administrés par les commissions administratives de ces établissements; ces commissions sont tenues de faire agréer par le préfet un préposé responsable qui est soumis à toutes les obligations imposées par la présente loi.

ART. 7. Les directeurs, les médecins en chef et adjoints, les secrétaires en chef, les receveurs et les économes des asiles publics, les médecins en chef et adjoints des quartiers d'hospice affectés aux aliénés, sont nommés par le Ministre de l'Intérieur.

ART. 8. Le Ministre de l'Intérieur pourra toujours ordonner la réunion des fonctions de directeur ou de préposé responsable avec celles de médecin (et la réunion des fonctions de receveur avec celles d'économe).

ART. 9. Les devoirs et attributions des commissions de surveillance, des directeurs, des directeurs-médecins, des préposés responsables, des médecins en chef et adjoints, des secrétaires, des receveurs et des économes, seront déterminés par un règlement d'administration publique.

ART. 10. Nul ne peut diriger ni créer un établissement privé consacré aux aliénés sans en avoir obtenu l'autorisation du Gouvernement, et sans avoir déposé un cautionnement.

Nul ne peut soigner un aliéné dans les conditions prévues par le paragraphe 2 de l'article 3 de la présente loi sans qu'il en ait fait la déclaration, dans le délai d'un mois, au maire de la commune.

ART. 11. Des réglemens d'administration publique détermineront les conditions auxquelles seront accordées les autorisations énoncées en l'article précédent, les cas où elles pourront être retirées, les obligations auxquelles seront soumis les établissemens autorisés, et les bases sur lesquelles sera calculé le montant des cautionnements.

ART. 12. Les inspecteurs généraux du Ministère de l'Intérieur, le préfet et les personnes déléguées par lui ou par le Ministre, le président du tribunal, le procureur de la République, le juge de paix, sont chargés de visiter les établissemens publics ou privés consacrés aux aliénés et les maisons visées par l'article 3.

Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées et prendront à leur égard tous renseignements propres à faire connaître leur position.

Les établissemens publics ou privés seront visités à des jours indéterminés, une fois au moins chaque année par les inspecteurs généraux du Ministère de l'Intérieur, une fois au moins chaque semestre par le préfet ou ses délégués, une fois au moins chaque trimestre par le juge de paix du canton et par le procureur de la République de l'arrondissement; ce dernier magistrat pourra toujours se faire accompagner par un médecin de son choix.

Le maire de la commune pourra, chaque fois qu'il le jugera convenable, procéder aux visites dont il est ci-dessus parlé.

ART. 13. Les réglemens intérieurs des établissemens publics et privés consacrés aux aliénés seront soumis à l'approbation du Ministre de l'Intérieur.

TITRE II. — DES PLACEMENTS FAITS DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS.

SECTION PREMIÈRE. — *Des placements volontaires.*

ART. 44. Les chefs ou préposés responsables des établissements publics et privés consacrés aux aliénés ne pourront recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale, s'il ne leur est remis :

1^o Une demande d'admission contenant les nom, profession, âge et domicile tant de la personne qui la formera que de celle dont le placement sera réclamé, et l'indication du degré de parenté ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles.

La demande sera inscrite et signée par celui qui la formera, et, s'il ne sait pas écrire, elle sera reçue par le maire ou le commissaire de police qui en donnera acte.

Les chefs, préposés ou directeurs devront s'assurer, sous leur responsabilité, de l'individualité de la personne qui aura formé la demande, lorsque cette demande n'aura pas été reçue par le maire ou le commissaire de police.

Si la demande d'admission est formée par le tuteur de l'interdit, il devra fournir à l'appui un extrait du jugement d'interdiction.

2^o Un rapport signé de deux médecins ou deux rapports distincts au procureur de la République sur l'état mental de la personne à placer. Ces rapports seront circonstanciés; ils indiqueront notamment : la date de la dernière visite faite au malade par les signataires; les symptômes et les phases de la maladie ainsi que les raisons d'où résulte la nécessité de faire traiter le malade dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir enfermé.

Ces rapports ne pourront être admis s'ils ont été dressés plus de quinze jours avant la remise au directeur, s'ils sont l'œuvre de médecins attachés à l'établissement, ou si leur

auteur est parent ou allié au second degré inclusivement du directeur de l'établissement ou de la personne qui fera effectuer le placement ou de la personne à placer.

3° L'acte de naissance ou de mariage (ou toute autre pièce propre à constater l'identité de la personne à placer).

ART. 45. Les personnes admises dans les établissements d'aliénés, sur la production des pièces mentionnées dans les paragraphes qui précèdent, ne le sont qu'à titre provisoire, et doivent, en conséquence, être placées dans des quartiers d'observation séparés des autres parties de l'établissement.

Dans les vingt-quatre heures qui suivent un placement fait à titre provisoire, le directeur de l'établissement adresse le bulletin d'entrée du malade accompagné de la copie de la demande d'admission, des rapports prescrits à l'article précédent, du certificat du médecin de l'établissement, dit certificat de vingt-quatre heures: 1° au préfet du département où l'établissement est situé; 2° au procureur de la République de l'arrondissement du domicile de la personne placée, 3° au procureur de la République de l'arrondissement où l'établissement est situé.

Dans les trois jours de la réception des pièces, ce dernier magistrat est tenu de se rendre dans l'établissement, assisté d'un docteur en médecine choisi par lui, et d'y interroger la personne placée.

S'il le juge nécessaire, il procède ou fait procéder, au lieu du domicile de cette personne, à une enquête sur sa situation de famille et ses antécédents, ainsi que sur les circonstances d'où est résultée la nécessité du placement.

Le procureur de la République adresse ensuite, à bref délai, ses réquisitions écrites à la chambre du conseil, qui statue d'urgence sur le maintien à titre définitif ou la sortie de la personne placée. La décision de la chambre du conseil est notifiée sur-le-champ au préfet et au directeur de l'établissement. Cette notification aura lieu, dans tous les

cas, avant l'expiration d'un mois, à partir du placement provisoire.

ART. 16. En cas de maintien définitif de l'aliéné, et un mois après la notification de la décision de la chambre du conseil, il sera adressé au préfet un rapport du médecin de l'établissement qui confirmera ou rectifiera, s'il y a lieu, les observations contenues dans le certificat de vingt-quatre heures, en indiquant le retour plus ou moins fréquent des accès ou des actes de démence.

ART. 17. Il y aura, dans chaque établissement, un registre coté et parafé par le maire, sur lequel seront immédiatement inscrits les nom, profession, âge et domicile des personnes placées dans les établissements, la mention du jugement d'interdiction si elle a été prononcée et le nom de leur tuteur; la date de leur placement, les nom, profession et demeure de la personne, parente ou non parente, qui l'aura demandé.

Seront également transcrits sur ce registre: 1° la demande d'admission; 2° les rapports médicaux prescrits par l'article 14; 3° le certificat de vingt-quatre heures; 4° la décision de la chambre du conseil, et 5° le rapport de fin de mois que le médecin de l'établissement devra adresser à l'autorité, conformément à l'article 16.

Le médecin sera tenu de consigner sur ce registre les changements survenus dans l'état mental de chaque malade, au moins chaque semaine pendant le premier mois de séjour, au moins chaque mois pendant le reste de la première année, et ultérieurement au moins chaque trimestre.

Le médecin constatera également sur ce registre la date de la sortie et l'état mental du malade au moment où elle aura lieu, la date et les causes du décès. Ce registre sera exclusivement communiqué aux personnes qui, d'après l'article 12, ont le droit de visiter l'établissement; après chacune de leurs visites elles apposeront sur le registre

leur visa, leur signature et leurs observations, s'il y a lieu.

ART. 18. Toute personne placée dans un établissement d'aliénés en vertu des articles précédents, cessera d'y être retenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré sur le registre énoncé en l'article précédent que la guérison est obtenue. S'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit, il sera donné immédiatement avis de la déclaration des médecins aux personnes auxquelles il devra être remis et au procureur de la République.

ART. 19. Avant même que les médecins aient déclaré la guérison, toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera également d'y être retenue, dès que la sortie sera requise par l'une des personnes ci-après désignées, savoir :

1° Le curateur nommé en exécution des articles 47 et 54 de la présente loi ; 2° l'époux ou l'épouse ; 3° s'il n'y a pas d'époux ou d'épouse, les ascendants ; 4° s'il n'y a pas d'ascendants, les descendants ; 5° la personne qui aura signé la demande d'admission à moins qu'un parent n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ; 6° toute personne à ce autorisée par le conseil de famille.

S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant droit qu'il y a dissentiment soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille prononcera.

Néanmoins, si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état mental du malade pourrait compromettre l'ordre public, la sûreté des personnes ou sa propre sûreté, il en sera immédiatement donné avis : à Paris, au préfet de police ; dans les départements, au préfet, et il sera provisoirement sursis à la sortie.

Ce sursis provisoire cessera de plein droit à l'expiration de la quinzaine, si le préfet n'a pas, dans ce délai, donné d'ordre contraire, conformément à l'article 26 ci-après.

En cas de minorité ou d'interdiction, le tuteur seul pourra requérir la sortie.

ART. 20. Dans les vingt-quatre heures de la sortie, les chefs, préposés ou directeurs en donneront avis aux fonctionnaires auxquels la notification du placement a été faite conformément à l'article 15, et leur feront connaître le nom et la résidence des personnes qui auront retiré le malade, son état mental au moment de la sortie, et, autant que possible, l'indication du lieu où il aura été conduit.

ART. 21. Le préfet pourra toujours, après avoir pris l'avis du médecin traitant, ordonner la sortie immédiate des personnes placées dans les asiles d'aliénés.

ART. 22. En aucun cas, l'interdit ne pourra être remis qu'à son tuteur, et le mineur qu'à ceux sous l'autorité desquels il est placé par la loi.

SECTION II.— *Des placements ordonnés par l'autorité publique.*

ART. 23. A Paris, le préfet de police, et, dans les départements, les préfets ordonneront d'office le placement dans un établissement d'aliénés de toute personne interdite ou non interdite dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public, la sûreté des personnes ou sa propre sûreté.

Les ordres des préfets seront motivés et devront énoncer les circonstances qui les auront rendus nécessaires. Ces ordres, ainsi que ceux qui seront donnés conformément aux articles 24 et 25, seront inscrits sur le registre prescrit par l'article 47 ci-dessus, dont toutes les dispositions sont applicables aux individus placés d'office.

Les arrêtés des préfets qui n'auront pas reçu leur exécution dans un délai de quinze jours cesseront d'être exécutoires.

ART. 24. En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris et les maires dans les autres

communes ordonneront à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale toutes les mesures provisoires nécessaires, à la condition d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statuera sans délai. Ces personnes devront être envoyées directement dans l'asile qui reçoit les aliénés du département, toutes les fois que le transport pourra s'effectuer dans la même journée.

ART. 25. Les admissions prononcées en vertu des deux articles précédents ne sont que provisoires; les dispositions de l'article 13 leur sont applicables, et le placement n'est définitif qu'après décision conforme de la chambre du conseil.

ART. 26. Les chefs, directeurs et préposés responsables des établissements seront tenus d'adresser aux préfets, dans le premier mois de chaque semestre, un rapport rédigé par le médecin de l'établissement sur l'état de chaque personne qui y sera retenue, sur la nature de sa maladie, et les résultats du traitement. Le préfet prononcera sur chacune individuellement, ordonnera sa maintenance dans l'établissement, ou sa sortie.

ART. 27. A l'égard des personnes dont le placement aura été volontaire, et dans le cas où leur état mental pourrait compromettre l'ordre public, la sûreté des personnes ou leur propre sûreté, le préfet pourra, dans les formes tracées par l'article 23, décerner un ordre spécial à l'effet d'empêcher qu'elles ne sortent de l'établissement sans son autorisation, si ce n'est pour être placées dans un autre établissement. Les chefs, directeurs ou préposés responsables seront tenus de se conformer à cet ordre.

ART. 28. Les ordres donnés en vertu des articles 23, 24 et 27 seront notifiés administrativement dans un délai de trois jours au maire du domicile des personnes soumises au placement, qui en donnera immédiatement avis aux familles.

ART. 29. Les prescriptions de l'article 47 sont applicables

aux personnes placées d'office. Aussitôt que les médecins auront déclaré sur le registre tenu en exécution de l'art. 47 que la sortie peut être ordonnée, les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements seront tenus, sous peine d'être poursuivis conformément à l'article 54 ci-après, d'en référer aussitôt au préfet qui statuera sans délai.

ART. 30. Dans aucun cas, les aliénés dirigés sur un asile ne pourront être, ni conduits avec des condamnés ou des prévenus, ni déposés dans une prison. Lorsque pendant le voyage de transport un arrêt sera indispensable, le malade sera déposé dans un hospice ou hôpital civil, ou, à défaut, dans une hôtellerie ou un local loué à cet effet.

ART. 31. Les aliénés ne devront être retenus en observation dans les hôpitaux et hospices civils ordinaires que le temps nécessaire pour constater leur état d'aliénation mentale et pourvoir à leur transfèrement dans l'asile destiné à les recevoir.

Jamais ils ne pourront être conservés dans un établissement qui n'est pas spécialement consacré à leur traitement pendant plus de quinze jours, à moins d'une autorisation spéciale et motivée du préfet.

SECTION III. — *Des condamnés devenus aliénés et des aliénés dits criminels.*

ART. 32. Les condamnés à des peines afflictives et infamantes qui deviennent aliénés pendant qu'ils subissent leur peine, sont conduits dans des quartiers spéciaux d'aliénés, annexés à des établissements pénitentiaires, et y sont retenus jusqu'à leur guérison, ou jusqu'à l'expiration de leur peine.

ART. 33. Sera mis à la disposition de l'autorité administrative qui, après les vérifications nécessaires, le fera placer, s'il y a lieu, dans un établissement d'aliénés :

1^o Tout accusé que la chambre des mises en accusation n'aura pas renvoyé devant la Cour d'assises parce qu'elle

l'aura considéré comme irresponsable, par suite de son état mental ;

2^o Tout inculpé poursuivi pour délit qui aura été relaxé ou qui aura été l'objet d'une ordonnance de non-lieu comme irresponsable, à raison de son état mental.

Si la sortie d'un de ces internés est demandée à une époque quelconque, la demande sera déférée de droit à la chambre du conseil, conformément à l'article 41 ci-après.

ART. 34. L'État fera construire un asile spécial ou plusieurs asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels.

Pourront y être conduits et retenus, en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur :

1^o Les accusés de crimes et les inculpés de délits reconnus aliénés et mis à la disposition de l'autorité administrative, en exécution de l'article précédent ;

2^o Les aliénés qui, placés dans un asile, y auront commis un acte qualifié crime ou délit contre les personnes ;

3^o Les condamnés devenus aliénés dont il a été parlé à l'article 32, lorsque, à l'expiration de leur peine, le Ministre de l'Intérieur aura reconnu dangereux, soit de les remettre en liberté, soit de les transférer dans l'asile de leur département.

Tout aliéné traité dans l'asile ou les asiles spéciaux créés en vertu du présent article pourra être transféré dans l'asile de son département en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur, rendue sur la proposition motivée du médecin traitant.

SECTION IV. — *Dépenses du service des aliénés.*

ART. 35. Seront conduits dans l'établissement appartenant au département ou avec lequel il aura traité, les aliénés dont le placement aura été ordonné par le préfet, à moins

que la famille ne demande son admission dans un asile privé.

Y seront également admis par arrêté du préfet, aux conditions qui seront réglées par le Conseil général et avec les formalités prescrites par l'article 43, les aliénés indigents dont l'état mental ne compromettrait pas l'ordre public, la sûreté des personnes ou leur propre sûreté.

ART. 36. La dépense du transport des personnes dirigées par l'administration sur les établissements d'aliénés sera arrêtée par le préfet sur le mémoire des agents préposés à ce transport.

La dépense de l'entretien, du séjour et du traitement des aliénés placés dans les établissements publics sera réglée d'après un prix de journée arrêté chaque année par le Ministre de l'Intérieur pour les asiles de l'État et pour ceux qui constituent une personne civile, par les Conseils généraux pour les asiles départementaux, par les commissions administratives pour les quartiers d'hospice.

Dans aucun cas, les Conseils généraux ne pourront disposer des réserves ou des excédents de recette des asiles pour les appliquer à un autre service qu'à celui des établissements qui les auront réalisés.

ART. 37. Les dépenses énoncées en l'article 36 seront à la charge des personnes placées ; à défaut, à la charge de ceux auxquels il peut être demandé des aliments aux termes des articles 205 et suivants du Code civil.

S'il y a contestation sur l'obligation de fournir des aliments ou sur leur quotité, il sera statué par le tribunal compétent à la diligence de l'administrateur désigné en exécution des articles 45 et 46.

Le recouvrement des sommes dues sera poursuivi et opéré à la diligence de l'administration de l'enregistrement et des domaines.

ART. 38. A défaut ou en cas d'insuffisance des ressources énoncées en l'article précédent, il y sera pourvu par le

département, sans préjudice du concours de la commune du domicile de l'aliéné, d'après un tarif arrêté par le Conseil général sur les propositions du préfet.

Les hospices seront tenus à une indemnité proportionnée au nombre des aliénés dont le traitement ou l'entretien était à leur charge, et qui seraient placés dans un établissement spécial d'aliénés.

En cas de contestation, il sera statué par le Conseil de préfecture.

ART. 39. Seront payés par l'État : les traitements et pensions de retraite des directeurs, directeurs-médecins, médecins en chef et adjoints, secrétaires en chef, receveurs et économes des asiles spéciaux et des médecins en chef et adjoints des quartiers d'hospice affectés aux aliénés.

Toutefois les asiles rembourseront au Trésor la dépense correspondante au traitement des fonctionnaires ci-dessus énumérés.

A cet effet, la loi de finances déterminera chaque année le nombre des centimes qui seront à prélever sur les prix de journée et les pensions payées soit par les départements, soit par les familles pour les aliénés à leur charge.

ART. 40. La dépense d'entretien des aliénés traités dans l'asile spécial ou les asiles spéciaux construits par l'État, en exécution de l'article 34, sera supportée par les départements auxquels ces aliénés appartiennent, jusqu'à concurrence du prix de journée payé par chacun de ces départements pour ses aliénés ordinaires.

Le surplus de la dépense d'entretien, s'il y en a, et les dépenses de transfertement seront à la charge de l'État.

SECTION V. — *Dispositions communes à toutes les personnes placées dans les établissements d'aliénés.*

ART. 41. Toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur, si elle est mineure, son curateur, tout parent ou ami, pourront, à quelque

époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation de l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate. Il suffit à cet effet que le réclamant adresse une demande sur papier libre au procureur de la République, qui doit sans retard en saisir la chambre du conseil.

Les personnes qui auront demandé le placement et le procureur de la République, d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins.

Dans le cas d'interdiction, cette demande ne pourra être formée que par le tuteur, le procureur de la République, ou par l'interdit lui-même.

La décision sera rendue sans aucuns frais en chambre du conseil et sans délai; elle ne sera point motivée.

La requête, le jugement et les autres actes auxquels la réclamation pourrait donner lieu, seront visés pour timbre et enregistrés en débet.

Aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées, soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, ne pourront être supprimées ou retenues par les chefs d'établissements, sous les peines portées au titre III ci-après.

§. ART. 42. Les médecins de l'établissement peuvent, à titre d'essai, autoriser la sortie des malades pour une durée d'un mois.

Les sorties de plus d'un mois devront être autorisées par le préfet.

Mention de ces mesures sera faite sur le registre prescrit par l'article 47 et notification en sera adressée au préfet, au procureur de la République et au maire de la commune.

ART. 43. Les chefs, directeurs ou préposés responsables ne pourront, sous les peines portées par l'article 120 du Code pénal, retenir une personne placée dans un établissement d'aliénés, dès que sa sortie aura été ordonnée par le préfet, aux termes des articles 24 et 27, ou par le tribunal, aux termes de l'article 44, ni lorsque cette per

sonne se trouvera dans les cas énoncés aux articles 18 et 19.

ART. 44. Lorsqu'un aliéné se sera évadé d'un asile public ou privé, sa réintégration pourra s'accomplir sans formalités, si elle a lieu dans un délai de quinze jours. Passé ce délai, il ne pourra être réadmis dans un asile qu'à la condition qu'il soit procédé à son placement, soit volontaire, soit d'office, conformément aux prescriptions de la présente loi.

ART. 45. Les Commissions administratives ou de surveillance des établissements publics d'aliénés exerceront, à l'égard des personnes non interdites qui y seront placées, les fonctions d'administrateur provisoire. Elles désigneront pour les remplir un de leurs membres.

Cet administrateur ainsi désigné aura les mêmes pouvoirs que le tuteur du mineur, quant aux biens de l'aliéné ; l'autorisation de la Commission administrative ou de surveillance remplacera celle du conseil de famille pour les actes pour lesquels le Code exige cette autorisation.

L'administrateur procédera au recouvrement des sommes dues à la personne placée dans l'établissement et à l'acquittement des dettes, passera des baux qui ne pourront excéder trois ans, à moins qu'il ne soit autorisé spécialement par le président du tribunal à consentir un bail dont la durée ne sera pas supérieure à neuf ans.

Avec la même autorisation, précédée de l'avis du médecin traitant, il pourra vendre le mobilier de l'aliéné.

S'il s'agit d'une succession, l'administrateur devra, pour l'accepter ou la répudier, conformément à l'article 461 du Code civil, obtenir, outre l'autorisation de la Commission administrative ou de surveillance, celle du président du tribunal.

ART. 46. Si l'aliéné est placé dans un établissement privé, l'administration légale de ses biens sera confiée à une personne désignée d'avance par le président du tribunal du lieu où se trouve l'établissement.

Cet administrateur, dont les fonctions ne seront pas gratuites, aura les mêmes pouvoirs que le délégué d'une Commission administrative ou de surveillance, mais seulement pour les recouvrements, les baux, le paiement des dettes et la vente du mobilier.

Ses honoraires seront prélevés sur les biens de l'aliéné, d'après un tarif arrêté par un règlement d'administration publique.

Les sommes provenant, soit de la vente du mobilier, soit des recouvrements opérés pour le compte de l'aliéné placé dans un asile public, seront versées à la caisse de l'établissement, et le cautionnement du receveur sera affecté à la garantie desdits deniers, par préférence aux créances de toute autre nature.

Quant aux sommes recouvrées par l'administrateur légal pour le compte d'un aliéné placé dans un établissement privé, ou trouvées sur sa personne, le président du tribunal pourra, par une ordonnance rendue sur requête, en régler l'emploi de la manière la plus utile, ou en ordonner le dépôt à la Caisse des dépôts et consignations.

ART. 47. L'administrateur provisoire membre d'une commission administrative ou de surveillance d'un asile public, l'administrateur légal institué près d'un asile privé pourront agir comme administrateurs provisoires des biens d'un aliéné, dès le moment de son admission provisoire et sans attendre que la chambre du conseil ait statué sur son maintien définitif.

ART. 48. Dans le mois qui suivra l'année écoulée depuis l'internement d'un aliéné dans un asile privé, l'administrateur légal devra soumettre au procureur de la République un état de la situation financière de l'aliéné.

ART. 49. Si l'aliéné est commerçant, le président du tribunal, statuant en référé, pourra, sur la demande du conjoint et de l'associé et après avoir entendu l'administrateur

légal, conserver soit au conjoint, soit à l'associé, la direction des affaires commerciales ou sociales.

Dans ce cas, le conjoint ou l'associé devront communiquer à l'administrateur, un an après l'internement, un état sur la situation de l'aliéné.

ART. 50. Les parents, l'époux, l'associé de l'aliéné, les commissions administratives ou de surveillance des établissements publics, l'administrateur légal des établissements privés, le procureur de la République pourront toujours provoquer la nomination d'un administrateur judiciaire. Cette nomination sera faite en chambre du conseil par le tribunal civil du domicile, conformément à l'article 497 du Code civil; elle ne sera pas sujette à l'appel.

Elle devra être précédée de l'avis du conseil de famille, mais seulement lorsqu'elle sera demandée par les parents, les conjoints et l'associé.

Dans les autres cas, cet avis ne sera pas nécessaire.

ART. 51. Au moment où il procédera à la nomination d'un administrateur judiciaire, le tribunal sera tenu de désigner en même temps, dans les mêmes formes, un curateur à la personne de l'aliéné. Ce curateur devra veiller :

1^o A ce que les revenus de l'aliéné soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison;

2^o A ce que l'aliéné soit rendu à l'exercice de ses droits aussitôt que sa situation le permettra.

Ce curateur ne pourra être choisi parmi les héritiers présomptifs de la personne placée dans un établissement d'aliénés.

ART. 52. Les pouvoirs de l'administrateur judiciaire, quant aux biens, seront les mêmes que ceux du tuteur, du mineur ou de l'interdit; ils seront régis par les mêmes règles et soumis aux mêmes conditions.

Il sera tenu de présenter, tous les trois ans, au curateur, un état de la situation de fortune de l'aliéné.

ART. 53. Les dispositions du Code civil sur les causes

qui dispensent de la tutelle, sur les incapacités, les exclusions ou les destitutions des tuteurs, sont applicables aux administrateurs judiciaires nommés par le tribunal. Sur la demande des parties intéressées ou sur celle du procureur de la République, le jugement qui nommera l'administrateur judiciaire pourra en même temps constituer sur ses biens une hypothèque générale ou spéciale, jusqu'à concurrence d'une somme déterminée par le jugement. Le procureur de la République devra, dans le délai de quinzaine, faire inscrire cette hypothèque au bureau de la conservation; elle ne datera que du jour de l'inscription.

ART. 54. Les significations à faire à la personne placée dans un établissement d'aliénés devront être faites à l'administrateur provisoire, légal ou judiciaire, suivant les cas.

Il n'est point dérogé aux dispositions de l'article 473 du Code de commerce.

ART. 55. Les pouvoirs des commissions administratives et de surveillance, en ce qui concerne l'administration des biens des aliénés non interdits traités dans les établissements publics, ceux de l'administrateur légal désigné pour l'administration des biens des aliénés non interdits, placés dans les établissements privés, cesseront de plein droit dès que la personne placée sera sortie définitivement de l'établissement; ils subsisteront pendant les sorties provisoires et les congés à titre d'essai.

Les pouvoirs de l'administrateur judiciaire nommé en vertu de l'article 50 ne cesseront, lors même que la personne placée sera définitivement sortie de l'asile, qu'à la suite d'une mainlevée prononcée par le tribunal, en chambre du conseil; le retrait des sommes qui auraient été déposées à la Caisse des dépôts et consignations sera opéré sur la production d'une expédition du jugement prononçant la mainlevée.

Les pouvoirs de l'administrateur judiciaire cesseront de plein droit à l'expiration d'un délai de trois ans; ils ne

pourront être renouvelés qu'après que ledit administrateur aura fourni au curateur l'état de situation prescrit par l'article 52.

ART. 56. Les actes passés par un aliéné non interdit pourront être annulés par cela seul qu'ils ont été faits pendant la durée de son internement dans l'établissement, à moins que les parties intéressées ne prouvent qu'ils ont été accomplis pendant un intervalle lucide. L'action en nullité est soumise aux règles de l'article 1304 du Code civil.

Les dix ans courent, à l'égard de l'aliéné, après sa sortie définitive, à dater de la signification qui lui en aura été faite ou de la connaissance qu'il en aura eue; et, à l'égard de ses héritiers, à dater de la signification qui leur en a été faite ou de la connaissance qu'ils en ont eue depuis sa mort.

Lorsque les dix ans auront commencé à courir contre lui, ils continueront de courir contre les héritiers.

ART 57. Le ministère public sera entendu dans toutes les affaires qui intéresseront les personnes placées dans un établissement d'aliénés, lors même qu'elles ne seraient pas interdites.

TITRE III. — PÉNALITÉS.

ART. 58. Les contraventions aux dispositions des articles 8, 12, 14 et 15 du second paragraphe de l'article 16, des articles 18, 20, 21, 23, 24 et du dernier paragraphe de l'article 41 de la présente loi, et aux règlements rendus en vertu de l'article 9, qui seront commises par des chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements publics ou privés d'aliénés, et par les médecins employés dans ces établissements, seront punies d'un emprisonnement de cinq jours à un an et d'une amende de 50 francs à 3,000 fr., ou de l'une ou l'autre de ces peines.

Il pourra être fait application de l'article 463 du Code pénal.

TITRE IV. — DISPOSITIONS GÉNÉRALES ET TRANSITOIRES.

ART. 59. La loi du 30 juin 1838 est abrogée.

Toutefois, celles de ses dispositions visées par l'ordonnance du 18 décembre 1839 resteront en vigueur jusqu'à la promulgation du règlement d'administration publique qui sera ultérieurement rendu pour l'exécution de la présente loi.

ART. 60. Les départements qui ont passé des traités avec des établissements privés, pour le traitement de leurs aliénés, seront tenus dans un délai de huit ans, à partir de la promulgation de la présente loi, de constituer un asile leur appartenant ou de traiter avec un établissement public.

ART. 61. Pendant ce temps, les asiles privés qui continueront à faire fonction d'asiles publics seront soumis à toutes les prescriptions de la présente loi. Les directeurs de ces asiles seront passibles des pénalités portées par l'article 59, non seulement pour les contraventions prévues par cet article, mais aussi pour la non-exécution des clauses du règlement d'administration publique dont il sera parlé à l'article 65 ci-après.

ART. 62. Dans un délai de trois mois à partir de la promulgation de la présente loi, il sera constitué, auprès des asiles privés qui continueront à faire fonction d'asiles publics, une Commission de surveillance chargée de veiller à la stricte exécution des règlements relatifs à ces asiles, et des traités passés entre eux et les départements. Cette commission exercera, à l'égard des personnes non interdites, placées au compte des départements, les fonctions d'administrateur provisoire dans les conditions prévues par l'article 45 ci-dessus.

ART. 63. En ce qui concerne l'administration des biens des personnes placées dans lesdits établissements, comme pensionnaires, au compte de leur famille, le président du

tribunal désignera d'avance un administrateur légal, dans les conditions prévues par l'article 46 ci-dessus.

ART. 64. Dans tous les cas prévus par l'article 34 de l'ordonnance du 18 septembre 1839, un décret du Président de la République pourra suspendre le directeur d'un asile privé continuant de faire fonction d'asile public, et instituer un régisseur provisoire qui administrera l'asile au lieu et place du directeur suspendu, fera observer les lois et règlements, et exécutera les traités existants. Cette régie provisoire ne pourra avoir une durée de plus de six mois.

ART. 65. Un règlement d'administration publique déterminera le mode de fonctionnement des asiles privés continuant à faire fonction d'asiles publics; le mode de nomination et les attributions des commissions de surveillance instituées par l'article 5 ci-dessus; les conditions de retrait d'autorisation et de mise en régie de ces établissements. En attendant ce règlement d'administration publique, les dispositions de l'ordonnance du 18 décembre 1839 qui ne sont pas contraires à la présente loi continueront d'être exécutoires.

ART. 66. Les fonctionnaires et employés désignés en l'article 7 de la présente loi, qui seront choisis pour remplir les fonctions de directeur, de médecin ou de régisseur provisoire dans un asile privé continuant à faire fonction d'asile public, conserveront tous leurs droits à l'avancement et à la retraite.

Fait à Paris, le vingt-cinq novembre mil huit cent quatre-vingt-deux.

Le Président de la République française,

Signé : JULES GRÉVY.

Par le Président de la République :

Le Ministre de l'Intérieur et des Cultes,

Signé : A. FALLIÈRES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1882.

Présidence de M. DALLY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance imprimée comprend :

1° *La chronique du manicomie de Fleurant.*

2° *La chronique du manicomie de Sienne.*

3° Un travail de M. le D^r Miraglia sur l'asymétrie du crâne et du cerveau chez les aliénés et les criminels.

M. MOTET propose de rendre compte de ce travail dans une prochaine séance.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Rota qui remercie la Société de l'avoir nommé membre honoraire.

2° Une lettre de M. Greffier, ancien interne des hôpitaux, qui sollicite le titre de membre correspondant et envoie à l'appui de sa candidature les deux travaux suivants : *Étude sur l'épilepsie partielle ; De l'hystérie précoce.*

Une commission composée de MM. Delasiauve, Charpentier, Paul Moreau (de Tours), rapporteur, est nommée pour examiner les titres de M. le D^r Greffier.

M. BOURDIN dépose sur le bureau un ouvrage qu'il vient d'insérer dans l'Encyclopédie des sciences, des lettres et des arts. C'est le prélude d'un travail qu'il avait eu l'intention de terminer : *De l'influence du tabac sur les maladies nerveuses et mentales.*

Rapport de candidature.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Dumesnil, Delasiauve et moi, de vous faire un rapport sur la candidature au titre de mem-

bre correspondant de M. le Dr. Max Simon, médecin en chef de l'asile de Bron.

A l'appui de sa demande, notre confrère vous a adressé deux ouvrages. L'un est intitulé : *Hygiène de l'esprit au point de vue pratique de la préservation des maladies mentales et nerveuses*. Ce livre a été inspiré à l'auteur par « l'accroissement, chaque jour plus marqué, des maladies mentales et nerveuses », et par le désir bien légitime d'y porter remède.

Il a paru à M. Max Simon qu'il y a plus de fous aujourd'hui qu'autrefois, et il s'est demandé pourquoi. Le voilà amené à examiner, l'une après l'autre, les causes qui, d'après lui, agissent plus fréquemment de nos jours : la crainte, l'imitation, la superstition, quelques passions, les excès et abus, le mariage, le célibat, la solitude, etc. — Mais ce sont là des causes qui sont de toute éternité : pourquoi agissent-elles autrement que jadis ?

Première question que l'auteur était tenu de résoudre et qu'il a résolue de la façon suivante :

« La société française et presque toutes les sociétés civilisées ont subi depuis moins d'un siècle une complète transformation ; il y a plus, on peut les considérer comme en un perpétuel mouvement. Le monde d'autrefois a disparu ; un monde nouveau se fait, s'élabore, etc. »

A coups sûr, ce n'est pas là une découverte. Le mouvement que M. Simon ne voit se produire que dans ces derniers temps, ce mouvement a toujours existé : il existe depuis que le premier homme a mis le pied sur notre globe ; il est la condition même de la vie des peuples comme des individus, et du jour où il viendrait à s'arrêter, c'en serait fini, irrévocablement fini de notre pauvre humanité ! Le monde d'aujourd'hui n'est pas plus le monde d'hier que celui de demain ne sera celui d'aujourd'hui ; il faut en prendre son parti.

Mais peut-être le mouvement actuel est-il trop violent, trop désordonné ? Nous sommes mal placés pour en juger définitivement ; mais vraiment est-il permis de jeter la pierre à notre siècle, et d'exalter la passé à son détriment ? M. Simon est pessimiste : je vois bien qu'il a passé l'âge des illusions, mais il n'est pas, que je sache, arrivé à cette période de la vie où l'on devient presque fatalement *Laudator temporis acti*.

Voyez cependant avec quelle sévérité il juge ses contemporains : « On s'ingéniait, dit-il en parlant de notre génération, à être *drôle* et évaporé; on mettait son système nerveux à l'unisson des trépidations de la musique d'Offenbach, et l'on devenait immanquablement hystérique et quelquefois aliéné. Pour l'homme, les chevaux et les femmes furent son luxe et sa gloire. A cette époque est véritablement né le règne de la courtisane, qui mène après elle la ruine et le regret tardif, le suicide et la folie. »

Dures paroles ! et dont je frémis tout le premier, car, je ne m'en cache pas, j'aime assez la musique d'Offenbach. Je veux espérer que M. Simon a pris l'exception pour la règle.

M. Simon est un moraliste sévère, mais il ne veut pas la mort du coupable; on dirait même qu'il regrette sa sévérité; car, après avoir fait le bilan de nos défauts et de nos vices, il se pose cette question : « Est-ce à dire pour cela que la civilisation soit chose mauvaise? — et il répond : « Loin de nous une telle pensée ! » Je m'arrête sur cette conclusion. Tel autrefois l'ange-Ituriel, qui venait pour détruire Persépolis, finit par la laisser vivre, parce qu'à près tout il y trouvait du bon.

Le second ouvrage de M. Simon est intitulé : *Le monde des rêves*. Il a pour but de démontrer qu'entre le souvenir, l'imagination, le rêve, l'hallucination, il n'y a guère qu'une différence de degré; et que ces phénomènes se produisent par un seul et même mécanisme. Cette opinion est en contradiction avec les théories généralement admises aujourd'hui. Le souvenir et l'imagination sont des faits d'ordre physiologique; l'hallucination n'est-elle pas toujours un phénomène pathologique? Même lorsqu'elle survient dans le rêve, ne se rattache-t-elle pas à un trouble, si léger soit-il, dans le fonctionnement normal ?

Je ne dirai rien de la partie descriptive du livre, elle ne relate guère que ce que nous avons lu dans les ouvrages de Maury, de Brierre de Boismont et de beaucoup d'autres. C'est la partie théorique qui prête matière à controverse, tant M. Simon prend plaisir à accumuler les hypothèses.

D'après lui, les phénomènes qu'il étudie sont dus à une vibration nerveuse : pour l'hallucination en particulier, ce qui se passe dans le système nerveux peut se traduire par le schème suivant : mouvement partant de l'organisme, transformation de mouvement dans la cellule corticale,

propagation de ce mouvement jusqu'à l'organe sensoriel. — En outre, le phénomène hallucinatoire doit être accompagné d'un état spécial de la circulation cérébrale, car il y a dans l'état hallucinatoire un travail cérébral, et tout travail cérébral — les expériences de Mosso ne laissent aucun doute à cet égard, — est accompagné d'une dilatation vasculaire.

Cette théorie assurément peut se soutenir, et il n'y a pas de motif de la rejeter plutôt que beaucoup d'autres. Mais voici où la chose se complique : jusqu'à présent, dit l'auteur, nous n'avons eu affaire qu'à la matière; il faut parler maintenant de la force agissante qui dispose de cette matière. Cette force est l'âme humaine dont l'auteur dit : « De sa nature, la physiologie ne nous apprend rien; de son mode d'action sur la matière, nous ne savons rien non plus: nous sentons qu'elle agit, voilà tout. » Et il ajoute : « On peut se demander si ces vibrations que nous avons considérées comme constituant les images de la mémoire et de l'imagination, n'ont pas pour excitant, pour moteur intermédiaire dans le système nerveux, ce fluide impondérable, l'éther, que les physiciens considèrent comme pénétrant tous les corps de la nature, etc. etc. »

Je vous demande la permission de ne pas suivre l'auteur dans ces considérations transcendantes. Laissons la vibration, l'âme humaine, l'éther, se partager le domaine de la cellule corticale de l'halluciné, en leur souhaitant d'y faire bon ménage. Quant à moi, je me résumerai en disant que les deux ouvrages de notre confrère sont d'une lecture agréable, et dénotent une culture littéraire et scientifique de bon aloi.

Aussi votre commission a-t-elle l'honneur de vous proposer d'accorder à M. Max Simon le titre qu'il sollicite.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et M. Max Simon est nommé, à la majorité des membres présents, membre correspondant de la Société.

Du mensonge chez les enfants (suite).

M. BOURDIN donne la lecture de la fin de son mémoire sur cette question. (Sera publiée dans le prochain numéro.)

M. DELASIAUVE. — J'ai écouté avec un vif intérêt ce que M. Bourdin vient de nous dire sur le mensonge des enfants.

Tous y seraient enclins à des degrés divers et sous des formes variées. Serait-ce une fatalité de notre nature? Notre collègue semble le croire. Comment en effet résister à des penchants aveugles, à des désirs impérieux, sans une moralité suffisamment éclairée par l'expérience? L'égoïsme est essentiellement un attribut de notre être. M. Bourdin nous le montre agissant spécialement dans le mensonge, dont il distingue et analyse savamment plusieurs catégories. L'enfant ment pour le plaisir de nuire, par sentiment de vengeance ou de haine, pour satisfaire des appétences, se soustraire à un devoir, éviter un châtement, etc. Tout acte en faveur des semblables serait, en quelque sorte, une immolation de quelque portion de soi-même. Finalement, comme base sociale, il y aurait une loi de sacrifice dont le but de l'éducation morale est de faire comprendre la nécessité et d'enseigner la pratique.

Aufond, c'est l'avis de tous. Cependant, la forme sous laquelle se résume la pensée de M. Bourdin dessine peut-être un antagonisme trop absolu. En général, le vague sur ce sujet est le vice de tous les systèmes. On parle beaucoup de l'éducation morale. Mais les vues ne concordent guère et, outre une grande insuffisance, presque nulle part, on peut le dire, cette éducation n'est soumise à des principes raisonnés et lumineux. Le plus souvent même elle est nulle. Je n'en excepte point le clergé, malgré l'apparence. S'il est logique en faisant dériver toutes les vertus du sentiment religieux, il est douteux que ce sentiment ait la puissance qu'il lui attribue et que l'exagération, dans laquelle il tombe, n'engendre pas les plus funestes écarts.

Ce que l'enseignement religieux a de parfait, c'est sa méthode. Il s'empare de l'homme dès avant sa naissance et ne l'abandonne pas même après sa mort. Pas une circonstance de la vie qui n'ait son empreinte. Il agit quotidiennement et sans cesse, par le précepte, par l'exemple, par la pratique, danger d'autant plus grave que cette absorption dégénère aisément en un fanatisme farouche.

Le tort commun, c'est une appréciation incomplète du caractère et du rôle des facultés respectives. La personnalité humaine ne réside pas exclusivement dans l'instinct du moi égoïste. Certes, le sentiment de la conservation et de la jouissance a sa manifestation essentielle et légitime. Mais nés pour la sociabilité, la nature nous a pourvus auss

d'autres dons conformes à cette destination, forces non moins précieuses et qu'il importe de ne pas laisser dépérir.

Galla été médiocrement goûté des savants et des philosophes, qui continuent à le tenir dans l'ombre. Sa doctrine ne laisse pas néanmoins d'être explicite. Il n'a point, comme on le lui reproche, scindé les facultés de l'intelligence. Il s'incline, au contraire, devant le mystère de l'âme et de ses opérations. En pénétrer l'essence lui paraît au-dessus de la conception humaine. Loin de s'y attarder, lui-même le dit, il n'en est que plus porté à rechercher dans l'enchaînement des phénomènes et la participation vraisemblable des organes nerveux, la raison des différences individuelles, sous le rapport des aptitudes, des sentiments et des penchants. Ces variétés représentent au moral ce qu'on observe d'analogue au physique. On est sensé, patient, vif, lourd, intelligent, etc., comme on est grand ou petit, robuste ou débile, etc. La qualification de *sens internes*, appliquée par Gali à ces forces secondaires, est suffisamment caractéristique. Physiologiquement, qu'elles puisent le principe de leur activité dans des compartiments distincts ou des origines diffuses, elles n'en recèlent pas moins les éléments du problème actuellement posé devant nous. En 1848, dans un écrit intitulé : « Nature et degré de l'instruction primaire, » le seul examen des données à établir nous a conduit à nous appuyer sur une systématisation parfaitement identique. « Naturellement développés, disions-nous, les instincts tendraient à rendre tout lien social impossible, » s'ils agissaient sans contrepoids. » La notion des devoirs, explicitement exposée, envers la patrie, la cité, la famille et soi-même, amènerait bien un commencement de moralisation. Mais elle courrait risque d'une action restreinte sans le triple appui du discernement, d'un travail efficace et de bonnes dispositions morales.

Il n'est pas rare que le savoir se mette au service des passions mauvaises. Les facultés scientifiques, artistiques, industrielles, sont, avant tout, des moyens de sustentation, de jouissance, de bien-être; et, s'il est vrai que les chevaux ne se battent point quand ils ont du foin au râtelier, l'ardeur qu'on y apporte n'est pas un gage assuré de bienfaisance privée ou d'épanouissement civique. Remarquons incidemment qu'exigeant, chacune, un long apprentissage et

l'emploi à peu près exclusif du temps, il est d'obligation pour les individus de borner leur application à un cercle restreint de fonctions.

L'horizon de la morale est, au contraire, presque illimité. Il embrasse toutes les qualités, toutes les vertus, dont le développement, tendant au bonheur des individus et des nations, correspond à la civilisation elle-même. La nomenclature en est vaste; mais c'est affaire de soin et d'habitude. Ces germes nous sont inhérents. Ce qui importe, c'est que tout le monde en soit pénétré, et contribue, autorités, instituteurs, familles, à les faire naître et à les féconder. Aucune occasion ne doit être perdue pour cette éducation, quelle que soit la période de la vie. Le principe en est simple. S'il convient d'agir isolément sur ces virtualités diverses, il faut, en même temps, qu'elles soient cultivées harmoniquement, car elles se pondèrent. En tout, l'exagération est fautive. Les meilleurs sentiments ont leurs abus, s'ils ne sont réglés par la prudence.

Le moi, par exemple, a ses droits. Il serait insensé de les sacrifier inconsidérément. On se doit à soi-même, à sa maison, à sa famille. Les sacrifices envers autrui supposent *in petto* réciprocité. Motivés, ils ont un prix enviable : la satisfaction de les avoir accomplis. L'erreur serait de réduire l'égoïsme aux instincts purement personnels. Les impulsions morales et affectives ne sont ni moins dans la nature, ni moins impérieuses. L'unique différence est que, pour s'éveiller et s'affermir, elles sont subordonnées au progrès de la connaissance, au perfectionnement de l'apprentissage.

A ce point de vue, le mensonge des enfants prend un aspect intéressant. Sa domination n'est peut-être pas aussi prépondérante que volontiers on l'imagine. Souvent on délaisse la lutte ou on l'engage mal. L'objurgation, les privations, les inflexions corporelles ont plus fréquemment pour effet l'opiniâtreté que la réforme. Ici encore, et comme presque en tout, douceur fait plus que violence. La persistance et l'habileté dans le mensonge annoncent du discernement. Il semble donc possible de se faire comprendre, et à des tendances aveuglément mauvaises d'opposer, grâce à des lumières croissantes, le contrepoids de sentiments meilleurs et efficaces. La preuve s'en rencontre dans certaines familles, douées d'une sorte de génie éducateur, et

parmi lesquelles on s'étonne de voir des enfants de trois à quatre ans, offrir le spectacle d'une raison sereine alliée à la mobilité de leur âge.

M. BOURDIN est d'accord avec M. Delasiauve. Il y a deux puissances en l'homme : les instincts et la morale, qui se trouvent dans des conditions identiques ; l'une satisfait les besoins de l'individu, l'autre au contraire lui demande des sacrifices. L'éducation des instincts se fait toute seule, mais non l'éducation morale qui se fait par une bonne éducation.

M. FOURNET :

L'éducation est une génération psychique.

— Messieurs, j'ai écouté avec le plus grand soin la discussion ouverte sur l'état mental des enfants et sur les morbidités qu'il présente.

Des choses excellentes ont été dites. Mais la lumière est loin d'être faite, et l'unité de principe et de doctrine, signe ordinaire de la vérité dévoilée et reconnue de tous, en résulte encore moins.

Nous avons vu tour à tour attribuer les morbidités mentales et morales des enfants :

A des prédispositions mal définies dans leurs sources ;

A des tendances fatales nées de l'état de leur organisme nerveux et autre ;

A la nature individuelle, bonne ou mauvaise, de chacun d'eux, sans qu'il ait été dit clairement ce qu'on entend par nature ;

A un retentissement sur l'enfance de ces mêmes mœurs sociales dégradées où s'altère le sens intellectuel et moral de l'homme.

On a même invoqué des différences de races.

On a glissé sur la distinction, capitale cependant, entre les morbidités mentales et les morbidités morales, englobées, dans le titre de la question posée, sous le nom d'état mental des enfants.

Enfin, la grande question d'éducation, comme source facultative de la normale ou de la morbide mentales et morales de l'enfance, n'a guère été qu'effleurée.

Je ne m'attendais pas à prendre la parole ; la grandeur, l'importance du sujet m'y ont poussé. Je ne prétends

pas traiter la question dans son ampleur, je voudrais seulement, si vous le permettez, essayer d'en esquisser les principes.

On a surtout insisté sur le mensonge comme caractère mental de l'enfance ; permettez-moi, messieurs, de faire rentrer ce caractère dans la classe commune des morbidités mentales et morales de l'enfant, et de me préoccuper surtout des sources communes à tous ces états morbides.

I

Deux affluents, que la science s'efforce aujourd'hui de dégager du mystère, me paraissent composer ces sources communes :

1° L'enfant a reçu de la génération un organisme corporel qui est le reflet combiné de l'organisme corporel de ses parents. La nature humaine ainsi transmise des générateurs à l'engendré est, chez tous deux, plus ou moins complète ou incomplète, plus ou moins droite ou viciée, et constitue dans ces deux organismes nés l'un de l'autre des aspirations, des tendances, des impulsions instinctives plus ou moins normales ou, au contraire, plus ou moins défectueuses ou vicieuses.

C'est là le premier péché originel de l'enfance ; l'observateur attentif reconnaît assez aisément chez l'enfant, surtout avant l'influence prolongée de l'éducation, les tendances instinctives, les mouvements impulsifs, les divers appétits vitaux, qui ressortent de la vie même de ses parents.

Voilà un facteur incontestable et incontesté de la vie présente et minuscule de l'enfant, et de sa vie future et développée dans la famille et la société ; si la nature humaine s'y manifeste et s'y déploie dans des tendances et des actes qui respectent les droits d'autrui en déroulant les siens, on dit de l'enfant en question qu'il a une bonne, une heureuse nature.

Si, au contraire, la nature humaine, transmise par les générateurs, est viciée : au lieu d'être fraternelles, filiales, au lieu d'incliner à la soumission, les inspirations ont pour caractères : l'égoïsme, la cupidité et la révolte. L'enfant est mal né, est ce qu'on appelle une mauvaise nature.

2° Mais par-delà et au-dessus de ce premier facteur de la vie humaine, il en est un autre : avec lui, tout s'éclaircit,

tout s'explique; sans lui, tout retombe dans la nuit et le chaos.

Vous vous rappelez, messieurs, que j'ai eu l'honneur de vous exposer, au congrès médico-psychologique de 1878, sous le nom d'*hérédité psychique ou morale*, la doctrine qui assimile l'éducation à une véritable génération morale; j'en avais déjà exposé le principe en 1863, 1864 et 1867, dans ma doctrine sur l'âme humaine; mais mon exposé de 1878 a pu vous faire apparaître ce caractère de génération morale de l'éducation dans toute son évidence démonstrative.

Le premier facteur de la vie humaine étant la génération organique, son second facteur est donc la génération morale ou psychique; je l'appelle morale par contraste avec la première qui est surtout animale.

Et c'est précisément parce que l'une est surtout animale et instinctive, l'autre surtout morale, c'est-à-dire consciente et libre, que cette dernière est supérieure et peut devenir réformatrice de l'autre.

Mettons maintenant, messieurs, si vous le voulez, ces deux facteurs en présence et en action réciproque dans la famille, au cours de ce qu'on appelle l'éducation :

Si les aspirations et les tendances impulsives que l'enfant puise dans sa nature organique sont de caractère normal, c'est-à-dire expriment le sens filial et fraternel de la nature humaine, par-dessus les justes aspirations v.ales du moi;

Si, d'autre part, la même nature humaine normale est personnifiée dans l'âme des parents, ces deux influences, l'une extérieure, l'autre intérieure à l'enfant, concourent ensemble, sans perte de forces; et l'éducation a beau jeu pour développer et fixer rapidement, dans l'âme et la vie des enfants, les beaux traits de la nature humaine.

Mais si les tendances défectueuses ou vicieuses de l'enfant, nées de l'hérédité organique, ne trouvent aucune autorité répressive ou réformatrice dans l'âme avortée ou dégradée des parents et dans l'éducation qu'ils donnent; à plus forte raison, si ces tendances et ces impulsions morbides de l'enfant sont comme autorisées, sanctionnées incessamment par la parole irréfléchie et surtout par les exemples journaliers des parents; oh! alors les idées fausses des enfants s'érigent en principes, leurs instincts pervers deviennent un droit, leurs actes morbides se fixent dans l'habitude, et

ils déploieront en grand dans la société les défauts et les vices que personne n'a réprimés, que les parents eux-mêmes ont semblé légitimer, dans la famille; et vous aurez alors cette race détestable d'insanes et de fous lucides, égoïstes et méchants, qui passe rapidement du délit au crime, et qui était en germe dans l'enfant de mauvaise nature, mal élevé, ou pas élevé du tout, ou élevé dans le mal.

Il y a heureusement un troisième cas, celui où les tendances vicieuses, les appétits égoïstes, les sentiments ingrats de l'enfant, se trouvent en face de l'âme droite et ferme d'éducateurs conscients de leur devoir et résolus à l'accomplir, c'est-à-dire en face d'une éducation bien faite, répressive d'abord, réformatrice ensuite.

Si à cette volonté juste et ferme de la normale de la vie, les parents ou éducateurs placés en face d'un enfant agité de mauvais instincts, savent joindre, à l'autorité qui trace et fixe les voies droites de la vie, la tendresse qui ouvre le cœur et prédispose l'esprit par l'amour, ils sont à peu près sûrs de réussir. Comment voudriez-vous que ce pauvre être débile, impuissant, retenu par la faim et la soif sous la direction de ses parents, mystérieusement inclinés vers eux comme vers la Providence, et sans cesse averti par des voix intimes de leur supériorité physique et morale, comment voudriez-vous qu'il résistât longtemps, toujours, à une autorité bienfaisante dont son bonheur est le but final ?

Ces heureuses conditions, formatrices et réformatrices, sont rares, j'en conviens, rares chez les parents, plus rares encore chez les éducateurs qui les suppléent; mais quand ces conditions sont remplies, on voit l'enfant, après quelques résistances vaines, se ployer peu à peu à l'autorité qui les domine et les dirige, et bientôt s'y soumettre avec un certain concours de leur sens intime et de leur volonté personnelle; un nouvel et meilleur esprit se glisse insensiblement dans leurs conceptions et dans leurs actes, et leur fait une seconde et meilleure nature. Si l'autorité qui veille sur eux est restée vigilante et ferme, en même temps qu'affectueuse, on voit enfin ce meilleur esprit, cette nouvelle nature se fixer par l'habitude dans une vie plus normale. C'est probablement dans ce sens et sous l'empire de cette idée que Bossuet a défini la vertu : « l'habitude de bien faire. »

Voulez-vous maintenant une sanction éclatante, une

démonstration par le fait, de la doctrine de génération et de régénération morales par l'éducation ? Demandéz à l'histoire ce qu'était le duc de Bourgogne avant d'être remis à Fénelon ? Elle vous répondra : il était le type de ces enfants aux instincts égoïstes et vicieux qui sont l'objet actuel de votre examen. Ces instincts vicieux n'étaient pas seulement, chez le duc de Bourgogne, des instincts organiques, c'étaient encore de mauvaises dispositions et impulsions psychiques puisées dans une cour corrompue ; mais cette double source de vice est une double démonstration de la puissance régénératrice de l'éducation qui suivit.

Demandez en effet de nouveau à l'histoire ce que l'autorité morale et la tendresse onctueuse de Fénelon firent, avec beaucoup de temps et de soins, de cette nature primitivement vicieuse et jugée incorrigible : elles en firent, sous le nom d'éducation, la plus belle âme de prince qu'on ait connue dans le grand siècle. L'orgueil de race le plus implacable à tout obstacle, était devenu le subordonné volontaire et pieux aux devoirs de l'humanité et aux lois de l'Etat. L'égoïsme aveugle et opiniâtre, qui ne voyait dans les institutions et les hommes qu'instruments serviles de son moi, s'était transfiguré dans le respect de son semblable, de quelque rang qu'il fût, et dans le dévouement à la chose publique. L'irritabilité impérieuse qui ne souffrait aucune remontrance, était devenue l'humble patience qui cherche en tout la vérité et la justice, et s'y soumet volontairement ; enfin, ce culte exclusif du moi qui s'adorait comme Dieu, était devenu le culte du beau et du bon ici-bas, et plus haut, le culte vraiment filial du père de la vie.

La doctrine de génération et de régénération morale par l'éducation s'appuie, Dieu merci, sur un grand nombre d'exemples, moins éclatants parce qu'ils touchent à de moindres rangs, mais tout aussi probants, plus probants même, en cela qu'ils s'accomplissent journellement, dans les familles qui en remplissent les conditions, et sous les yeux d'observateurs assez clairvoyants pour les comprendre.

La famille est la grande école des principes que je vous présente ; c'est en effet dans cette opération journalière et intime des parents ou éducateurs sur les sentiments et les idées de l'enfance, que l'on constate en pleine évidence l'influence formatrice et réformatrice de la parole et de l'exemple.

La parole et l'exemple des parents surtout, mais aussi de tout ce qui compose le milieu de la famille, sont de véritables *semences* dont le germe vital est le bon ou le mauvais esprit qui constitue leur sens, leur caractère. C'est cet esprit que l'enfant, inconsciemment d'abord, plus tard consciemment et volontairement, puise dans le sein des paroles et des exemples qui remplissent son milieu; comme un nutriment spirituel qu'il s'assimile insensiblement et qui compose en eux, cet être psychique d'où émaneront ensuite leurs conceptions vraies ou fausses, leurs actions bonnes ou mauvaises; exactement comme le corps humain se constitue et s'organise insensiblement du nutriment qu'il puise dans l'aliment.

Une personnalité humaine, plus ou moins normale, selon les sources psychiques d'où elle émane, procède ainsi, idée à idée, des initiations parlées et agies de la famille.

En suivant de près, par le fil de la logique, cette filiation d'idées chez l'enfant, on arrive vite à y reconnaître l'esprit et la vie de sa famille, comme la science déjà faite de l'hérédité corporelle remonte facilement de la santé des enfants à celle des parents; on s'explique alors les monstruosités, les morbidités de l'être et de la vie psychiques, aussi rationnellement que les défauts et les vices de l'être et de la vie organiques; la fatalité invoquée par l'ignorance, le mysticisme inventé par la superstition, s'évanouissent ainsi peu à peu sous la lumière grandissante de la science psychique.

Les conditions de la normale, c'est-à-dire de la transmission de la véritable nature humaine, telle que Dieu l'a prédestinée, sont les mêmes pour l'âme que pour le corps, et c'est le bon sens devenu science qui les indique: on ne peut donner que ce qu'on a, au spirituel comme au corporel; les parents transmettent nécessairement à leurs enfants, ici par une hérédité organique, là par une hérédité psychique, leur mode d'être, et au moment de la génération corporelle, et aux temps de la génération psychique, c'est-à-dire de l'éducation.

C'est là le crime de l'antique institution des *castes*: qui faisait aux castes supérieures le monopole de l'instruction, qui excluait de toute alliance, c'est-à-dire de toute communion d'idées et de principes avec elles, les castes inférieures,

et condamnait celles-ci, par cela même, à une génération spirituelle nécessairement incomplète, et leurs enfants, à l'avortement spirituel où la caste inférieure se perpétuait.

C'est encore là, dans une certaine mesure, la source de la continuation ordinaire de la *classe* du père dans les enfants ; mais cette source n'est plus exclusive. La fusion moderne et démocratique de toutes les classes sociales les unes dans les autres, sous le principe commun de l'égalité devant l'humanité et devant la loi, et la communion d'idées qui en résulte, ont institué, pour tous les citoyens, un fonds commun de fortune morale ; chacun peut aujourd'hui, en puisant, par le travail, dans ce fonds commun, élever à son gré sa génération spirituelle ; il y a plus, un double courant : l'un ascendant, né de l'étude et de la réflexion ; l'autre descendant, né de l'oisiveté et de l'irréflexion ; un double courant également juste dans les deux sens, fait déchoir la génération spirituelle de classes autrefois supérieures tombées dans l'inertie et l'incurie psychiques, et fait monter sur l'échelle vitale et sur l'échelle sociale, les classes jadis inférieures, qui se cultivent dans l'étude et dans la pensée, et acquièrent ainsi une virilité psychique et une capacité éducatrice que les autres perdent.

Indépendamment du principe : qu'on ne peut transmettre, par la génération corporelle et spirituelle, que ce qu'on possède soi-même de la nature humaine, il est à cette transmission plus ou moins intégrale, une condition que la nature a faite elle-même en dédoublant l'humanité en homme et femme, en donnant à la génération tant spirituelle que corporelle deux facteurs, le père et la mère, et en exigeant leur concours et leur unité d'action.

Toutes les fois et en toutes les choses où le père et la mère ne sont pas d'accord et se contredisent dans les initiations d'idées ou de principes à faire à leurs enfants, ou dans les exemples qu'ils leur donnent, ils se neutralisent mutuellement, et la génération spirituelle, au moins en ces choses, reste stérile, c'est-à-dire que l'enfant ne reçoit rien des autorités qui se contredisent, et, en cela tout au moins, en reste à ses instincts bons ou mauvais.

Ah ! c'est que la vérité est une, qu'elle ne se contredit jamais elle-même, et que c'est elle seule qui peut former et bien former l'âme de l'enfant. L'enfant en a le sentiment,

en attendant que lui en vienne la connaissance plus précise ; conséquent à ce sentiment intime, il s'abstient dans ce conflit entre son père et sa mère, qui se résout pour lui en un doute entre l'erreur et la vérité ; c'est ainsi que l'instinct corporel mis en défiance, s'abstient entre ce que l'un appelle aliment et l'autre poison, et se condamne à l'abstinence jusqu'au lever du doute.

C'est que c'est cette substance divine de la vérité, et elle seule, qui donne aux parents la virilité morale et la puissance de génération spirituelle normale, par l'éducation ; c'est donc en elle qu'ils doivent s'unir et ne faire qu'un dans leurs âmes et dans leurs vies, comme époux et comme éducateurs. C'est à cette vérité supérieure à chacun d'eux, qu'ils doivent tous deux subordonner leur prétention individuelle, parce qu'elle est seule féconde et que c'est à elle seule, par prédestination de nature, que l'enfant se soumettra. Les deux générations ont la même loi.

Tel est, messieurs, le grand sens de la loi d'union des sexes et d'unité conjugale : c'est la fécondité par cette unité. Quelle haute dignité que de représenter à deux l'unité et la puissance créatrice de la nature humaine ! mais quelle responsabilité à qui l'abaisse ou la stérilise !

Le législateur sublime des lois de la vie vous fait l'honneur de vous confier sa suppléance dans le grand œuvre qui donne l'être et la vie ; il vous appelle à vous survivre, à vous perpétuer dans de nouveaux êtres formés de votre sang et de votre esprit et reconnaissants de ce bienfait ; et au lieu de transmettre intégralement ce précieux dépôt, vous l'allérez, vous le dégradez dans une vie déréglée, et ne transmettez le plus souvent que l'infirmité physique et morale ! Ah ! que vous méritez bien le spectacle douloureux et le reproche vivant de vos tristes générations !

Ingrates et sottes moitiés de l'humanité qu'il n'avait dédoublée que pour vous donner le mérite de la reconstituer par votre union, vous à qui il offrait, dans cette union consciente et libre des âmes et des corps, les voluptés et les suavités en prémisses des fécondités, et qui avez rompu par égoïsme ce nœud commun de la vie et du bonheur, jouissez maintenant de votre néant personnel et de vos stérilités !

II.

Les anciens, messieurs, les anciens des beaux temps de la Grèce et de Rome, entendaient mieux que nous les devoirs de l'éducation ; ils ne savaient pas que ce fût une génération spirituelle, mais ils avaient le sentiment plus profond de la haute mission qui s'y cache.

Le contraste en est frappant :

De nos temps, le foyer intime de la famille, le lit nuptial de l'éducation est ouvert à tous les souffles, souvent impurs, du dedans et du dehors. Serviteurs, fournisseurs, clients, allants et venants de toutes sortes, miasmes de tous genres, amis à la parole légère, ont autant et souvent plus d'action ou d'influence sur l'enfant que ses parents eux-mêmes ; sa jeune âme, placée là, sans direction, sans contrôle, comme en un carrefour d'idées contradictoires, d'idées sans lien, sans principes, souvent dissolvantes de tout sens moral et religieux ; sa jeune âme, dis-je, abandonnée à son impuissance, ballottée en tous sens, désorientée, est comme vouée d'avance à un scepticisme absolu. Dans cette nuit profonde et orageuse, où l'enfant cherche en vain une étoile directrice, le plus simple et le plus sûr lui paraît être de s'abandonner à ses instincts, quels qu'ils soient, sans autre règle ni mesure que son moi. Dès qu'il sait lire, une avalanche de petits journaux et de mauvais livres, qui ne viennent pas seulement de l'office, et qu'il dévore en secret, achèvent sa désorganisation morale, sans contre-poison. Mais le père et la mère sont là, me direz-vous ? Oui, mais d'une présence qui le plus souvent équivaut à leur absence : ils devraient être, par le concert de leurs pensées, par le concours incessant de leurs actions, la boussole vivante et sans cesse dirigeante de leurs enfants. Les mœurs de nos temps et les nécessités de la vie les jettent l'un dans les affaires, l'autre dans des dissipations qu'on se dissimule à soi-même sous le nom de devoirs du monde. Assurément on aime ou l'on croit aimer son enfant, on le couvre en rentrant de caresses stériles et souvent d'adorations dangereuses, mais on y voit une aimable distraction plutôt qu'un grave devoir, et l'on oublie facilement qu'après lui avoir donné la vie physique on lui doit la vie morale, et qu'on doit, en sa personne, un bon citoyen à la patrie, un serviteur utile à l'Etat ; mais pour donner

la vie morale, il faut l'avoir, et on ne l'acquiert que par une longue et sérieuse culture dont on n'a plus le goût.

Cependant cet enfant, laissé à peu près sans éducation, devient homme, se fixe, par la pratique journalière et progressive de la vie, dans le culte exclusif du moi ; et voilà que bientôt la société, recrutée de tels éléments, se fait à leur triste image.

Etonnez-vous, après cela, du spectacle effrayant qu'elle vous offre partout où cette éducation négative a prévalu : le déchaînement des convoitises et des basses jouissances ; la multiplication des délits et des crimes, l'extravagance ou le cynisme des théories où la passion se légitime ; l'anarchie elle-même, oui, la stupide anarchie érigée en principe ; et cette belle vie humaine, destinée à tant de dignité et de gloire, se consumant en agitations stériles et en incohérences sociales. Rapprochez maintenant ces deux extrémités de la vie, l'une qui plonge dans la famille, l'autre dans la société, et il vous sera facile de retrouver, dans l'enfant mal élevé, les racines, les traits primitifs de la vieillesse avilie du citoyen ; comme vous reconnaissez dans les morbidités de la vie organique les conséquences d'une génération viciée.

Dans tous les grands temps de l'humanité, les grands esprits ont conçu un tout autre idéal de l'éducation : les familles en état de comprendre et de réaliser ce type, consacraient à l'enfant une partie reculée et absolument réservée de leur habitation, par exemple un pavillon au fond du jardin de leur hôtel. Elles imitaient sans le savoir, dans leur gestation spirituelle, la prévoyante sagesse de la nature qui consacre à la gestation corporelle et à ses intimes opérations, qu'aucun mouvement, qu'aucun bruit du dehors ne doit troubler, le sanctuaire profondément caché de l'utérus.

Au lieu d'un carrefour, la famille éducatrice était un sanctuaire.

Là, sous la direction d'une personne de haute confiance, secondée par un ou plusieurs serviteurs de choix, sous l'aile chaude de la mère, sous l'autorité confirmatrice du père, l'enfant recevait incessamment des initiations suivies et progressives au vrai sens et aux devoirs de la vie. Les exemples donnés par ses initiateurs dans la pratique journalière, y confirmaient leurs préceptes. Le cœur, l'esprit,

l'action de l'enfant étaient doucement entraînés et fixés dans ces voies; aucune discordance du dehors ne venait entraver ou neutraliser ce mouvement imprimé à sa pensée et à sa vie. Quant aux tendances contraires, venues des instincts faussés ou des inerties naturelles à l'enfance de la vie, elles s'assouplissaient, se redressaient insensiblement sous une main douce et ferme. Le *moi* primitif se fondait, à ces douces chaleurs, dans le *nous* de la famille, se reconnaissait et s'honorait dans ses frères, et se subordonnait respectueusement à l'autorité bienfaisante qui pourvoyait à ses besoins et préparait son avenir dans le présent.

L'ordre hiérarchique de la famille, une fois reconnu, révélait l'ordre de l'univers : tous les hommes devenaient des frères; la nature était une mère dont on écoutait les inspirations; et les âmes s'inclinaient pieusement sous l'autorité du père par excellence, du législateur des lois de la vie.

Le véritable ordre social en ressortait à son tour; ces sentiments justes, ces idées vraies se condensaient insensiblement dans l'esprit du jeune homme en principes de vérité et de justice qui devenaient en lui la source vivante et permanente d'une belle vie d'homme et de citoyen.

Le sens moral se couronnait du sens religieux; et des perspectives immortelles, suscitatrices de nouveaux efforts et de nouvelles vertus, s'ouvraient à la vie mortelle.

Vous pouvez maintenant, messieurs, sans inquiétude pour la prospérité et la grandeur des sociétés humaines, revêtir ce jeune homme de la robe virile, et faire de cet homme un citoyen. La vraie famille a couvé en lui la vraie société; la génération corporelle en a fait un défenseur énergique, héroïque au besoin, de la patrie; la génération spirituelle a préparé en lui le fonctionnaire, le lettré, le savant, et au besoin le législateur; le sens moral et le sens religieux en font un digne représentant de l'humanité, auprès de ses frères et du père commun.

Je n'ai pas la prétention, messieurs, que ce type de l'éducation ait régné sans partage dans l'antiquité, et règne jamais sans mélange dans les temps futurs, pas plus que je ne prétends pour personne à la réalisation intégrale de l'idéal de la vie; je ne méconnais pas non plus les nombreuses et heureuses exceptions de nos temps, je dis seulement que les anciens avaient sur l'éducation et ses con-

séquences, des notions et des pratiques que nous semblons avoir perdues : l'éducation, comme toute autre fonction de la vie, ne se maintient à son niveau élevé ou ne s'y relève, que sous les inspirations et la direction d'un idéal.

III

M. Bourdin a cru pouvoir définir cet idéal de l'éducation et de la vie dans le principe du sacrifice incessant du moi humain, dont il fait, avec quelques moralistes religieux, le bouc émissaire de toute réforme. Notre érudit collègue ne saurait ignorer que toutes les théodicées voient dans le mot et l'idée de *sacrifice* une victime expiatoire. Si c'est là ce qu'il entend par le sacrifice du moi, je crois, messieurs, qu'il est dans l'erreur, et une erreur d'autant plus dangereuse qu'elle compromet le bien même qu'elle se propose.

Le *moi*, c'est l'individualité de chacun, c'est le *primum vivens* et l'*ultimum moriens*, c'est le fondement, le moteur incessant de la vie; c'est le ressort de toute aspiration et de tout effort. L'énervation, le brisement de ce ressort dans ce qu'un fanatisme aveugle a appelé *la mort à soi-même*, ce serait la chute de l'être dans l'inertie, ce serait l'extinction de la vie, de tous ses progrès et de tous ses fruits. Cette idée de sacrifice et de mort du moi est un reste inconscient du paganisme qui sacrifiait à des dieux jaloux et sanguinaires. Le seul sacrifice que l'humanité demande à ses enfants, c'est le sacrifice des défauts et des passions qui les séparent de leur mère; la vraie morale et la vraie religion s'alimentent de vertus et non d'holocaustes.

Le principe du sacrifice et de la mort du moi est donc faux en soi.

Et c'est précisément parce qu'il viole la nature de l'homme, qu'il est pratiquement impossible; on a pu, on pourra encore l'imposer nominalement sous le prestige de la tradition et de la foi; la conviction et l'action se refuseront, se déroberont toujours à ses applications effectives; tout *moi* se sent le droit et même le devoir de vivre, rien que parce qu'il *est*.

La sagesse ne saurait donc être à le sacrifier, à le détruire. La sagesse, le sens moral et religieux, sont seulement à le *subordonner* à plus haut que lui, et à lui faire accepter volontairement la direction de ce supérieur.

Ce supérieur des moi humains, c'est l'espèce humaine,

c'est le principe d'humanité dans toutes les sphères de la vie présente, et, dans une sphère plus haute, préparatrice de la vie future, c'est l'auteur de la vie et de ses lois.

Le vrai principe de l'éducation et de la vie tout entière est donc la *subordination de plus en plus consciente et volontaire*, et par cela même de plus en plus morale et religieuse, à ces lois divines de la vie, écrites dans l'univers et dans l'homme, qui prédestinent et qui seules peuvent accomplir la destinée humaine. C'est dans le degré même où ce *moi* se fera le serviteur intelligent et pieux de ces lois, dans la mesure où il les personnifiera, qu'il s'appropriera leurs fruits, exactement comme le cultivateur s'enrichit en suivant les lois de la végétation.

Cette subordination volontaire du moi humain à ces lois divines de la vie, qui comprennent tous les devoirs comme tous les droits, loin d'être un abaissement et une servitude, est au contraire, pour l'homme, l'unique manière de s'élever et de s'affranchir; car c'est se hausser en dignité et en puissance que de s'identifier, par une assimilation journalière, au principe même de sa vie; car c'est s'affranchir de la matière et des hasards que de devenir soi-même la substance qui anime la matière, ordonne la vie et compose la science.

Vous avez pu d'ailleurs, messieurs, remarquer dans le contraste qui précède, entre la bonne et la mauvaise éducation, entre les fruits amers de l'une et les heureux effets de l'autre, que tout reposait sur ce principe de la libre subordination du moi à ses supérieurs et à ses devoirs, au lieu de l'asservissement aux passions ou de l'avortement de l'âme humaine. Vous avez donc vu ce principe à l'œuvre et vous avez pu vous convaincre de sa vérité et de son efficacité.

IV

On a beaucoup insisté, dans le cours de cette discussion, sur l'esprit et le fait de mensonge chez les enfants. Ici, se sont reproduites, à propos de cette disposition spéciale, les diverses théories que l'on avait émises sur l'état mental de l'enfance, pris en général.

Ici encore, il me semble qu'on n'a pas touché au nœud même de la question. Pourquoi l'enfant respecte-t-il encore moins la vérité que l'homme fait? Pourquoi le mensonge

a-t-il le caractère d'inconscience plus souvent dans l'enfance qu'aux âges mûrs ?

On a déjà vu que l'enfant cherchait et puisait instinctivement dans les exemples et les paroles de son milieu, dans les personnes et dans les choses qui l'entourent, la substance qui s'y cache, et qui doit devenir la substance de son âme et de sa vie morale, exactement au même titre que nous cherchons et puisons tous dans l'aliment, le nutriment qui s'y trouve, pour en faire, sous le nom de chyle, la substance de nos corps.

Ce quelque chose de substantiel et d'immatériel dont l'âme de l'enfant doit se former, dont l'âme humaine de tout âge se nourrit et se développe, c'est la logique de la nature des choses et des personnes, c'est la vérité : c'est la vérité divine dans l'œuvre de Dieu, dans la nature humaine et universelle ; c'est la vérité humaine dans les œuvres ou choses humaines. C'est le pur verbe de Dieu, c'est-à-dire la vérité absolue dans un cas ; dans l'autre, c'est le verbe souvent impur de l'homme, c'est-à-dire un mélange à proportions très variables d'erreur et de vérité.

La mission propre et distinctive de l'homme est précisément de rechercher cette double substance au sein des choses, de distinguer l'une de l'autre, c'est-à-dire l'erreur de la vérité, et de s'assimiler, de personnifier l'une en rejetant l'autre.

Dans ce travail, les sens et l'esprit ont chacun leur rôle : les sens nous livrent la matière des choses sous les noms d'images et de sensations ; c'est dans ces images et ces sensations que l'esprit du sujet puise et s'approprie l'esprit des objets, sous le nom d'idées, dans la mesure même de sa puissance acquise.

Dans l'homme fait dont l'esprit s'est développé autant que les sens, ce double travail marche de front, et l'esprit des choses, la vérité des choses apparaît ou doit apparaître aussi clairement que la matière des choses.

Mais chez l'enfant, qui est encore tout sens, la matière seule des choses apparaît.

Plus tard, une première ébauche d'esprit se lèvera sur les sens, comme une pâle aurore sur la nuit ; il commencera alors à sentir vaguement dans le sein des choses, au delà de la matière des choses, au-dessus de la sensation, une correspondance secrète avec son esprit.

Mais l'objet de cette correspondance est encore pour lui trop obscur, trop indécis, trop insaisissable pour qu'il s'en préoccupe et s'y attache à aucun degré, quoique cet objet soit la vérité. Et voilà pourquoi le petit enfant, encore indifférent à la vérité, est inconscient du mensonge auquel l'entraînent ses petits intérêts du moment. Il ne sait même pas bien ce qu'on veut lui dire quand on lui parle avec un air grave du mensonge et de la vérité, c'est-à-dire de quelque chose qui, pour lui, est encore sans être et sans vie.

Que de grands, que de vieux enfants, à ce titre! Le gouverneur Pilate, le représentant du grand empire romain, ne s'écriait-il pas devant la vérité vivante et parlante dans le Christ : Qu'est-ce que la vérité (1)?

Mais quand l'enfant aura vu souvent, longtemps, chez ceux qu'il aime et respecte, le culte de la *vérité* ; lorsqu'il aura été induit par ces exemples du dehors comme par les inspirations du dedans, à la recherche, à la découverte, à l'admiration, au culte personnel de cette lumière intime des choses, oh! alors vous le verrez se recueillir à ce nom sacré de *vérité*, se placer en esprit en face d'elle, se sentir en présence mystérieuse de l'être d'où elle émane, et repousser l'idée de mensonge du même sentiment qui lui ferait repousser l'odieuse idée de renier sa mère et son père; car la vérité est la mère de la vie, comme Dieu en est le père.

Sans doute il faudra à l'enfant, au jeune homme, et à l'homme même, une longue application réfléchie, pour reconnaître en la vérité, en la logique divine de la nature des choses, la substance même de la vie, le suprême objet de ses aspirations ; mais, dès qu'elle aura répandu dans son âme ses fécondes chaleurs et ses lumières révélatrices, ne craignez plus qu'il s'en sépare jamais par le mensonge.

Ce culte de la vérité est donc, comme le culte du devoir et de la vertu, un des effets de la bonne éducation, une des conséquences vitales de la génération spirituelle normale ; comme le culte du vrai nutriment par les organes de la digestion, comme le culte de l'oxygène par les organes de la respiration, sont les effets naturels d'une génération et d'une organisation corporelles normales.

(1) Ev. s. St Jean, chap. xviii. v. 38.

Résumé.

Permettez-moi, messieurs, de résumer en quelques mots substantiels cet exposé doctrinal de l'éducation considérée comme source de génération et de régénération des âmes et des mœurs.

Toute parole, toute action, toute expression, sont séminatrices pour l'âme de l'enfant, comme pour celle de l'homme.

Ce germe semé, c'est la substance, c'est l'esprit qui constitue le sens, le caractère de ces expressions. Cette substance, cet esprit des choses est en effet à la chose même ce que le germe de toute semence est à sa chair, ce que le zoosperme est à son véhicule. La sémination de ces germes, de ces idées, de ces principes, c'est l'éducation, c'est la génération spirituelle.

Ces idées, ces principes, semés par l'éducation, sont erreur ou vérité, ou mélange de l'un et de l'autre. L'âme et la vie qui s'en constituent ne sont normales que dans la mesure de la vérité qu'elles s'assimilent, et sont morbides par les erreurs, les idées fausses, les principes injustes qu'elles s'approprient.

L'enfant puise au sein de sa famille, instinctivement d'abord, plus ou moins consciemment ensuite, les idées vraies ou fausses qui y sont en cours, l'esprit qui y règne et gouverne, et en compose sa jeune âme et sa jeune vie, exactement comme son corps a puisé dans la semence paternelle et dans le sang de sa mère d'abord, dans l'aliment et dans l'air ensuite, la substance de son propresang, c'est-à-dire les éléments de sa formation et de sa nutrition.

Les parents, les éducateurs quelconques, dont l'âme et la vie sont morbides, sont donc, dans la mesure même de cette morbidité, des générateurs malsains, des empoisonneurs inconscients de leur génération.

C'est là qu'est le véritable péché originel; c'est dans une régénération morale plus saine qu'est la véritable rédemption.

La personnalité de l'enfant se forme et se réforme insensiblement, comme son corps, par voie d'assimilation et de désassimilation.

L'autorité qui lui était extérieure dans la personne de

ses parents, lui devient insensiblement intérieure et personnelle par cette assimilation, et s'avie découle désormais de ce foyer intérieur, comme la logique découle de son principe bon ou mauvais.

Le principe de la vie humaine normale, soit organique, soit psychique, le principe de la vie belle et heureuse n'est et ne peut être que le principe d'humanité, incarné et personifié.

Dans ce dernier état, le principe d'humanité implique en soi, par sa nature même : le sens moral ou fraternel, c'est-à-dire l'amour et le respect de ses semblables ; et le sens religieux ou filial, c'est-à-dire l'hommage pieux à l'auteur, au père de l'humanité.

Si l'âme et la vie des parents s'animent de ce principe, l'âme et la vie des enfants s'en constitueront et s'en animeront aussi.

Dans ce peu de mots, messieurs, et dans le sens qu'ils enferment, est tout le secret, est toute la science : de la belle vie individuelle, de la bonne vie de famille, de la vraie grandeur des nations, de la haute destinée de l'humanité tout entière.

Et tous ces fruits sont enfermés dans ce principe : *l'éducation est une génération psychique.*

M. MOTET. — Messieurs, je ne prendrai pas la question par son côté philosophique, comme viennent de le faire nos honorables collègues, MM. Bourdin et Fournet ; je veux seulement vous présenter quelques considérations sur les dispositions aux mensonges, telles que je les trouve dans ma pratique journalière. Médecin de la maison d'éducation correctionnelle, je suis en rapport avec des enfants chez lesquels le mensonge est chose si commune, que l'on doit toujours être sur ses gardes.

Ferrus avait proposé dans son livre *Des prisonniers, de l'emprisonnement et des prisons*, une classification pour les détenus adultes qui reste excellente pour les jeunes détenus. Il admettait trois groupes :

- 1^o Condamnés pervers, énergiques et intelligents, qui pèchent sciemment, soit par organisation, soit par système ;
- 2^o Condamnés vicieux, bornés, abrutis ou passifs, qui sont entraînés au mal, non par absence de discernement,

mais par indifférence pour la honte comme pour le bien, ou par lâcheté, par paresse pour ainsi dire, et par défaut de résistance aux incitations mauvaises;

3. Condamnés ineptes ou incapables, à intelligence obtuse et dépourvus d'industrie, qui n'ont jamais parfaitement apprécié la portée de leurs actes, et qui ont subi, pour la plupart, différentes condamnations, non seulement sans les redouter, mais presque sans les comprendre.

Les mêmes types se retrouvent chez les jeunes détenus, parfois complets, parfois moins accusés et par cette seule cause, qu'à cette époque de la vie l'évolution du caractère n'est pas encore achevée. Mais là se trouve aussi, plus communément que chez l'adulte, la prédominance des perversions instinctives. A Paris surtout, elles sont singulièrement sollicitées. L'entraînement facile aux séductions multipliées, le défaut de surveillance de parents que le travail assujettit étroitement, l'horreur de l'école, l'attrait des théâtres, les craintes du châtimeut pour une rentrée tardive, enfantent une foule de délits parmi lesquels le vagabondage tient la première place. C'est chez ces enfants, dont la plupart appartiendraient au premier groupe, que le mensonge atteint des proportions inouïes. Non pas le mensonge naïf et malhabile, mais le mensonge compliqué, préparé, soutenu avec une astuce qui déjoue toutes les recherches. Entre bien des exemples, je vous citerai le suivant : Un enfant de douze ans est arrêté comme vagabond ; lorsqu'on me le présente, je suis frappé de la finesse de ses traits, de l'expression intelligente de sa physionomie. Il est triste, sans affectation ; voici l'histoire qu'il raconte, avec les apparences de la plus entière sincérité : « Mon père, chef de bataillon d'un régiment caserné au Prince-Eugène, a été tué pendant la guerre. Ma mère a travaillé pour une maison de lingerie jusqu'au mois d'août dernier, elle est tombée malade et elle est morte. Je suis resté seul avec mon frère aîné ; nous avons cherché de l'ouvrage de tous les côtés ; nous nous retrouvions tous les matins à l'entrée de l'église de la Madeleine. Quand mon frère avait reçu un peu d'argent, il me donnait quelques sous pour acheter du pain, et nous nous séparions pour chercher à gagner notre vie. Je ne l'avais pas vu depuis trois jours, je me suis laissé prendre par les agents. Notre dernier domicile était faubourg du Temple, près de

la caserne; nous n'avons pas de famille, personne ne peut me réclamer. »

Il était bien un peu étrange qu'un enfant aussi intelligent ne se souvint pas du numéro de la maison qu'il avait habitée avec sa mère; mais le récit n'était pas pour cela invraisemblable. L'enfant m'intéressait, je le pris à l'infirmierie, et le mis en observation. Huit jours à peine s'étaient passés que des contradictions se produisirent. Le juge d'instruction, tenu comme nous en échec par des indications fausses, n'avait trouvé traces, ni du père, ni de la mère, à la maison vaguement indiquée au faubourg du Temple. Un jour, enfin, se présente à la préfecture de police un homme inquiet de la disparition de son fils qu'il avait vainement cherché de tous côtés; le patron d'apprentissage de l'enfant, croyant à une escapade, avait tardivement prévenu le père; en fin de compte, il s'adressait à l'administration. On s'informe, on finit par retrouver parmi les petits vagabonds arrêtés dans les jours correspondant à la disparition de l'enfant, un jeune détenu dont le signalement se rapportait aux renseignements donnés. On l'amène au père qui le reconnaît, et voici à quoi se réduisait la fable de notre petit prisonnier : Père vivant, ouvrier ébéniste; mère morte depuis six ans. Enfant en apprentissage dans une fabrique de pianos, très intelligent, mais très paresseux. Envoyé en course, n'avait pas reparu à l'atelier. La crainte d'une verte réprimande l'avait empêché de rentrer, il avait vagabondé trois jours, et il avait été arrêté la nuit, endormi sur un banc. Son père refusa de le réclamer, il sera maintenu jusqu'à dix-huit ans dans une maison d'éducation correctionnelle.

On ne se doute pas des efforts que font certains enfants pour cacher leur identité; ils accumulent mensonges sur mensonges, et si quelques-uns s'en tiennent énergiquement à une fable unique, la plupart se laissent assez facilement démasquer par les changements apportés dans leurs récits. Il y en a qui, dès l'âge de seize ans, connaissent admirablement leur code. Gélénier, chef de la bande des cravates vertes, essaya de se faire passer pour son frère, de deux ans moins âgé que lui. Il savait que s'il avait eu quatorze ans et demi au lieu de seize et demi, la peine qu'il aurait à subir serait beaucoup moins sévère. Ils s'appliquait l'acte de naissance de son frère, et il fallut des recherches pour établir

son identité; recherches d'autant plus compliquées qu'on ne pouvait pas retrouver sa mère.

Les simulations nous donnent aussi fort à faire. C'est l'épilepsie qu'ils simulent le plus souvent, et ils ont bien soin de n'avoir d'attaques que dans la cellule, à l'heure où tout contrôle immédiat est sinon impossible, au moins difficile. A l'infirmierie, ils se laissent prendre, et un jour de pain sec ou de cachot met un terme à cette espèce de mensonge.

Il y a quelques jours, un surveillant m'avertit qu'un grand garçon de quinze ans, très vigoureux, très bien portant, avait eu des attaques violentes la veille. Je le fais venir, je l'interroge, il me raconte qu'il « tombe » presque régulièrement deux fois par semaine, et cela depuis deux ans. Aucun abaissement intellectuel; pas de morsures de la langue, anciennes ou récentes, pas traces de contusions après la violente attaque de la veille; jamais il n'a sali son pantalon ni son lit. Je le fais surveiller. Deux jours après, on m'avertit qu'il a eu une attaque deux heures avant ma visite, et l'on me dit qu'il avait eu les convulsions sur son lit, qu'il faisait des sauts prodigieux. Au moment de mon examen, il était sans stupeur, sans traces de fatigue, il ne se plaignait pas de mal de tête. Convaincu qu'il cherchait à me tromper, je lui dis qu'il voulait conserver le supplément de pain que je lui avais accordé quelques jours auparavant, il fallait qu'il n'eût plus d'attaques. Et il n'en a pas eu d'autres. Se voyant découvert, il m'avoua depuis, que sa mère était très nerveuse, qu'il l'avait vue plusieurs fois « dans ses attaques de nerfs » et que l'idée lui était venue de faire comme elle, espérant qu'on ne le garderait pas en prison.

J'ai vu même des simulations de suicide; dans l'une d'elles, un malheureux enfant qui avait choisi l'heure où la porte de sa cellule était ouverte pour la distribution des vivres, où surveillants et brigadier, auxiliaires, allaient et venaient auprès de lui, où il devait attendre un secours immédiat, fut surpris et fut trouvé pendu, les pieds touchant le sol, son mouchoir tordu en corde, sans nœud coulant, accroché à l'espagnolette de la fenêtre.

Dans tous les mensonges, le mobile est d'exciter l'intérêt, la pitié, d'échapper à une peine, de recouvrer la liberté. Sous ce rapport le jeune détenu ne diffère pas beaucoup du détenu adulte.

Les plus curieux à étudier au point de vue médico-psychologique, ce sont ceux qui appartiennent à la catégorie des pervers instinctifs. Irrésistiblement sollicités par le besoin de détruire, de nuire, incapables de vivre dans la famille, la fuyant, tantôt sans motifs, tantôt sous les plus futiles prétextes, avides d'indépendance, de liberté, préférant la nuit passée sous l'arche d'un pont à la nuit calme dans la maison paternelle, ils commettent des délits sans nombre, quelquefois des crimes avec des raffinements de cruauté. Un enfant de dix ans, à la mine effrontée, à l'œil vif, sachant lire, écrire, compter, sans avoir jamais été fort assidu à l'école, a été interné deux fois déjà; il brise tout, il effiloche jusqu'à la couverture de son lit; les réprimandes, les punitions n'ont pas de prise sur lui. C'est un petit être nuisible au suprême degré; il a été arrêté sur les bords du canal Saint-Martin, au moment où il venait de jeter à l'eau son petit camarade. Celui-ci, tranquillement étendu sur la berge, contemplait les ronds qu'il produisait en crachant dans l'eau. Il arrive traitreusement par derrière, lui enlève les pieds, le fait basculer. L'enfant tombe; lui, le regarde se débattre, il n'appelle pas au secours. Heureusement, un marinier avait tout vu, il reprend l'enfant avec un crochet et le ramène vivant sur le bord. Comme je lui demandais pourquoi il avait jeté son camarade à l'eau, il me répondit: « Il m'avait pris des billes. » Cet enfant indisciplinable était fils d'une mère morte phthisique, d'un père voleur, en prison. Sa grand'mère l'avait recueilli; mais, obligée de travailler pour vivre, elle ne pouvait le surveiller. Combien d'autres, messieurs, dont je pourrais vous raconter l'histoire! Car dans ce microcosme, on trouve en germe, souvent même déjà développées, toutes les passions, toutes les perversités qu'on pourrait croire n'appartenir qu'à l'âge mûr.

M. DALLY assimile, au point de vue du mensonge, et les sociétés naissantes et les enfants; les causes du mensonge sont diverses: crainte du châtement; honte de n'avoir pas atteint l'idéal de vertu que l'on s'est fait, désir de fixer l'attention ou d'obtenir un bénéfice. Ni influence religieuse, ni autre ne font sur le mensonge.

Le mensonge est une propriété inhérente au développement cérébral; ce n'est pas une altération de l'état normal. Le mensonge est plus rare chez les enfants anglais.

M. FOVILLE ne croit pas à une différence entre l'Angleterre et la France au point de vue du mensonge chez les enfants; il demande d'ailleurs comment pourrait s'expliquer cette différence.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1882

Présidence de M. MOTET.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

A l'occasion du procès-verbal, M. DELASIAUVE rappelle un travail dont il dépose un exemplaire sur le bureau et dont le titre porte: « Nature et degré de l'enseignement qu'il convient de donner dans les écoles primaires. » Cet écrit fut publié en 1849.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend:

1^o Une lettre de M. le professeur Lasègue, qui, en raison du concours d'agrégation, demande un congé de trois mois. — Accordé.

2^o Une lettre d'excuse de M. le D^r Christian, retenu par un deuil de famille.

3^o Une lettre de remerciement de M. le D^r Max Simon, nommé membre correspondant.

4^o Une lettre annonçant la mort du D^r Luigi Mongeri, médecin des asiles d'aliénés de Constantinople, auteur d'un travail sur les assassins d'Abdul-Hamid.

La correspondance imprimée comprend:

1^o Un travail de MM. Lorenzo Ellero et Auguste Tebaldi: Etude clinique de la pellagre.

2^o Le *Paris médical* du D^r Schreiber. Cet ouvrage comprend une notice sur plusieurs membres de la Société médico-psychologique.

3^o Des psychonévroses dyscrasiques, par le D^r François Semal.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Briand, membre de la Société, a été désigné après concours pour recevoir la

bourse de voyage, récemment créée par le conseil municipal.

Elections du bureau de 1883

Vice-président : M. FOVILLE 43 voix ;

M. BALL 1 voix ;

M. MESNET 4 voix.

M. FOVILLE est nommé vice-président.

M. RITTI conserve les fonctions de secrétaire général.

M. VOISIN continue à remplir les fonctions de trésorier.

MM. CHARPENTIER et GARNIER restent secrétaires annuels.

MM. LUYTS et DALLY font partie du conseil de famille.

Rapports de candidature.

M. BOUCHEREAU lit le rapport suivant sur la candidature de M. Danillo, médecin de la clinique des maladies mentales de St-Petersbourg, comme membre associé étranger de la Société.

Messieurs, vous avez chargé une commission, composée de MM. Falret, Motet et Bouchereau, de vous présenter un rapport sur les travaux de M. S. Danillo qui sollicite le titre de membre associé étranger de notre Société.

M. Danillo est médecin de la clinique des maladies mentales de Saint-Petersbourg, école renommée dans laquelle se forment la plupart des médecins russes si justement appréciés à l'étranger comme dans leur propre pays. Notre éminent confrère M. le professeur Balinski, dont je n'ai pas à vous rappeler les travaux ni à louer devant vous le caractère, l'a dirigée durant des années : le jour où il a cru devoir se retirer prématurément dans toute la force de ses facultés, M. Mierzejewski, membre associé de notre Société, a eu l'honneur mérité d'être appelé à lui succéder.

Après avoir été guidé à ses débuts par de tels maîtres, M. Danillo a entrepris seul dans la suite sur différentes questions relatives au système nerveux des recherches pleines d'intérêt ; aussi le gouvernement russe l'a désigné pour remplir des fonctions très recherchées. M. Danillo montre dans ses écrits des qualités sérieuses où l'on reconnaît le clinicien sagace, l'anatomiste précis, et le physiologiste ingénieux.

Le rôle de la menstruation dans le cours des maladies mentales a fixé son attention d'une manière particulière. Pendant longtemps on a possédé sur cette question des connaissances vagues et confuses. Les anciens ont d'abord supposé que le sang provenant de la période menstruelle possédait certaines qualités; tantôt bienfaisantes, tantôt même virulentes; plus tard, ils ont reconnu que la menstruation avait une influence plus ou moins marquée, mais certaine, sur la santé physique et les dispositions morales de la femme. Or, si l'influence de la menstruation sur les fonctions du système nerveux, central ou bien périphérique, possédant sa santé physique, est manifeste, *a priori* on pouvait admettre que chez des femmes psychiquement frappées, c'est-à-dire chez des aliénées, les troubles de la menstruation sont susceptibles de provoquer dans certaines conditions une aggravation de l'affection mentale. Et en effet, si chez les sujets sains mentalement la période menstruelle donne déjà naissance quelquefois à toute une série d'anomalies psychiques passagères plus ou moins marquées, *a fortiori* on verra s'accroître ces troubles psychiques de l'époque menstruelle chez des sujets qui ont perdu antérieurement leur équilibre mental. Chez ces derniers, l'excitation réflexe d'origine menstruelle qui provient des organes génitaux, réagira plus aisément sur un système nerveux central déjà atteint de trouble fonctionnel: les phénomènes morbides qui constituent la folie deviendront à ce moment plus accentués. Il est évident que plus ce système nerveux central sera antérieurement malade, plus sera intense l'aggravation due à l'époque menstruelle, et le degré d'intensité de cette aggravation sera proportionnel au degré plus faible de résistance physiologique que présentera le cerveau.

L'anatomie et la physiologie du système nerveux de l'utérus, de ses annexes et des voies qui les relient au système nerveux cérébro-spinal, nous donnent la raison de tous ces faits.

M. Danillo, s'appuyant sur un grand nombre d'observations qui lui sont personnelles, a présenté des considérations pleines d'intérêt pour justifier sa thèse: à son avis, la menstruation doit évoquer d'une manière fatale une aggravation de l'état fonctionnel mental, toutes les fois que l'état du système nerveux central est tel qu'une irritation, même

ordinaire, peut aggraver cet état fonctionnel. Chez les aliénées en voie de convalescence, la période menstruelle peut être considérée comme un bon réactif physiologique du véritable état mental : tant que les époques menstruelles donnent lieu à une aggravation, même passagère, le retour à l'état normal parfait ne doit être envisagé que comme temporaire.

Plusieurs mémoires sont consacrés à des recherches expérimentales.

M. Danillo a étudié les lésions de la moelle dans l'empoisonnement par le phosphore. Comme on avait indiqué dans le phosphorisme cérébro-spinal l'existence d'anesthésies, d'hyperesthésies, soit partielles, soit totales ; des paralysies partielles, des paraplégies ; des symptômes cérébraux, tels que délire aigu ou somnolence, coma : il s'est demandé à quelles modifications médullaires il y avait lieu de rattacher ces divers phénomènes, et pour élucider la question, il a fait prendre à quatorze chiens des doses de phosphore de 6 milligrammes à 5 décigrammes et il a obtenu les résultats suivants :

1° Les altérations de la moelle épinière dans l'intoxication par le phosphore doivent être rangées dans la classe des myélites, soit centrales, soit diffuses ;

2° Dans les cas aigus de l'empoisonnement par le phosphore, le système nerveux central contient des dépôts de pigment d'origine hématique ;

3° Les grandes doses de phosphore donnent lieu à une myélite centrale, dans toute la longueur de la moelle, avec formation d'extravats et de pigment.

Les doses moindres et répétées provoquent une myélite diffuse, intéressant la substance grise et la substance blanche.

L'injection d'une certaine quantité d'essence d'absinthe provoque chez le chien un accès de délire d'une durée variable : ce délire se manifeste sous la forme d'aboiements, grondements, hurlements, mouvements de défense, tentatives pour mordre, et apparaît dans l'intervalle des attaques convulsives ou bien d'emblée dans certaines conditions. M. Danillo a mis à profit cette propriété de l'essence d'absinthe pour essayer d'aborder, au moyen de l'expérimentation, la question relative à la localisation des hallucinations.

Les résultats de ses expériences démontrent que l'inté-
grité des couches optiques n'est pas nécessaire pour la
production des phénomènes du délire toxique chez le
chien.

Au contraire, la région corticale dans toute son étendue
(psycho-motrice et psycho-sensitive) doit être exclusivement
en cause dans la production du délire, pourvu que l'expé-
rience soit exécutée dans les mêmes conditions indiquées
par l'auteur.

Un autre résultat obtenu peut être résumé dans la pro-
position suivante : la localisation corticale étroitement
circonscrite des fonctions sensitives chez les animaux ne
doit pas encore être envisagée actuellement comme un fait
parfaitement incontestable.

Messieurs, quand même on n'accepterait pas le problème
comme résolu, il y a lieu de féliciter M. Danillo d'en avoir
cherché la solution.

Son mémoire qui traite de l'influence de l'alcool éthyli-
que et de l'essence d'absinthé sur les fonctions motrices du
cerveau et sur celles des muscles de la vie de relation,
révèle un expérimentateur au courant des données les plus
ingénieuses de la physiologie contemporaine.

Durant la guerre turco-russe de 1879, les médecins ont
dû servir leur pays comme tant de leurs compatriotes.
M. Danillo, chargé de traiter des malades dans un hôpital de
campagne, a eu l'occasion de porter son attention d'une
manière particulière sur des phénomènes morbides qui
relèvent de sa spécialité : il a résumé ses observations dans
un mémoire relatant l'influence des fièvres palustres danu-
biennes sur la production des maladies mentales et ner-
veuses.

Messieurs, il ne me paraît pas nécessaire de passer en
revue devant vous tous les mémoires publiés par M. Danillo
dans le but de justifier la demande de notre laborieux con-
frère. Un exposé rapide de quelques-unes de ses publica-
tions suffit pour recommander son nom à vos bienveillants
suffrages ; c'est donc avec confiance que votre commission
vous prie de décerner à M. Danillo le titre de membre
associé étranger de notre Société.

M. DANILLO est nommé à l'unanimité.

M. PAUL MORREAU (de Tours) lit le rapport suivant sur

M. Greffier, ancien interne de la Salpêtrière, candidat au titre de membre correspondant.

Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Delasiauve, Charpentier et moi, à l'effet d'examiner les titres du D^r L. Greffier à l'appui de sa demande de candidature de membre titulaire. M. Greffier n'est pas un nouveau venu parmi nous : ancien interne des hôpitaux, et en particulier de la Salpêtrière; il a puisé à l'école de ses maîtres, MM. Moreau (de Tours) et Charcot, le goût si attachant de l'étude des maladies mentales et nerveuses :

Ayant observé un assez grand nombre de cas d'épilepsie partielle, il eut l'heureuse idée de réunir dans une vue d'ensemble les divers matériaux dispersés dans des recueils et dans des ouvrages nombreux, pour en faire le sujet de sa thèse inaugurale.

Traité avec un soin tout particulier, ce travail constitue une intéressante monographie de la question. Nous regrettons de ne pouvoir suivre l'auteur dans le développement de sa thèse, mais les conclusions nettement formulées donneront une notion exacte des idées qui y sont émises :

1^o Les symptômes de l'épilepsie partielle sont analogues à ceux de l'épilepsie générale, et ne s'en distinguent que par leur limitation à un seul côté du corps ou même à une région circonscrite.

2^o L'aura est un phénomène inconstant. Quand elle existe, elle peut être motrice, sensitive ou viscérale; le cri initial semble faire toujours défaut.

3^o La perte de connaissance est un phénomène des plus inconstants et qui présente les plus grandes variétés.

4^o Les réflexes sont presque toujours exagérés dans les membres atteints; mais l'anatomie pathologique ne nous en a pas révélé encore la raison.

5^o L'épilepsie partielle peut affecter diverses formes : forme hémiplégique proprement dite, forme tonique, forme vibratoire, forme d'épilepsie partielle de l'enfance, forme syphilitique; nous avons dû les décrire isolément.

6^o L'épilepsie partielle est un syndrome qui peut accompagner des lésions très diverses; la nature des lésions n'a pas d'influence sur la production de l'épilepsie partielle; mais il n'en est pas de même de leur siège, qui est constamment la *zone motrice corticale*.

7^o Il résulte de la proposition précédente que l'épilepsie

partielle indique presque sûrement une lésion limitée de l'encéphale, lésion de la zone motrice corticale, mais qu'elle n'indique pas la nature de la lésion.

8° Les divers traitements institués pour l'épilepsie générale: bromure de zinc, bromure de sodium, bromure de potassium, élixir polybromuré d'Yvon conviennent à l'épilepsie partielle. Malheureusement, leur efficacité est tout aussi douteuse dans un cas que dans l'autre. Il faut faire une exception pour l'épilepsie partielle syphilitique qui guérit presque toujours sous l'influence du traitement spécifique.

Le deuxième travail de M. Greffier a paru dans les *Archives générales de médecine* (octobre 1881) et a pour titre *De l'hystérie précoce*.

L'hystérie est-elle l'apanage de la femme arrivée à son complet développement? ou bien peut-elle devancer cet âge et se présenter chez de très jeunes sujets? Les anciens, imbus de préjugés théoriques sur la nature de l'hystérie, ne croyaient pas qu'on pût l'observer avant l'évolution complète des organes génitaux. En est-il ainsi, et l'hystérie ne se rencontre-t-elle pas, manifeste et indiscutable, à des âges très peu avancés? Cette précocité imprime-t-elle à la névrose un cachet spécial, une marche particulière? Tels sont les points que notre confrère a voulu étudier dans ce travail.

Répondant à la première question, M. Greffier est conduit à dire: 1° L'existence de la menstruation ne paraît pas avoir une importance majeure sur le développement de l'hystérie;

2° La puberté n'est pas nécessaire à l'éclosion de l'hystérie.

Abordant ensuite la symptomatologie, l'auteur dit: L'hystérie précoce peut, comme l'hystérie de l'adulte, affecter, soit la forme convulsive, soit la forme non convulsive, et leur fréquence est à peu près égale.

La forme non convulsive n'est pas rare dans le jeune âge et affecte des caractères bien divers, ce qui est d'ailleurs le propre de cette affection.

Nous ne suivrons pas M. Greffier dans l'étude très complète qu'il fait de la maladie. Il passe successivement en revue l'*habitus extérieur*, les troubles psychiques, troubles de la

sensibilité, troubles de la motilité, troubles de l'appareil circulatoire.

La forme convulsive, dont l'étude vient après, n'est pas plus rare que la première, et se présente chez l'enfant avec des caractères identiques à ceux qu'elle offre chez l'adulte. De même en est-il des phénomènes exceptionnels, tels que catalepsie, léthargie, somnambulisme, phénomènes spontanés, bien entendu, et nullement provoqués. Abordant la question du pronostic, au point de vue spécial où il se place, il est conduit à dire que la plupart des enfants atteints d'hystérie deviennent des hystériques avérées, que les accidents revêtent la forme convulsive ou la forme non convulsive.

Je m'arrêterai ici, messieurs, dans ce rapide examen. Les travaux de notre jeune confrère attestent toute l'importance qu'il attache aux questions de pathologie mentale, et nous sont un sûr garant de la participation active qu'il prendra aux travaux de la Société. En conséquence, messieurs, votre commission vous propose de donner à M. Gréffier le titre de membre correspondant qu'il sollicite de vous.

M. Gréffier est nommé à l'unanimité.

Discussion sur les asiles d'aliénés criminels (suite).

M. FOVILLE. — Parmi les nombreuses questions qui se rapportent au sujet en discussion, je voudrais appeler l'attention de la Société sur deux points relatifs au mode de fonctionnement de l'asile spécialement destiné aux aliénés dits criminels, pour le cas où, comme cela me paraît très désirable, on déciderait la création d'un asile de ce genre.

Ces deux points sont les suivants :

Par qui seraient payés les frais d'entretien des aliénés traités dans l'asile spécial ?

Quelles seraient les formalités prescrites pour faire sortir de cet asile les aliénés paraissant guéris ?

La première question n'a pas seulement, comme on pourrait le croire, une importance administrative et financière; elle présente aussi, indirectement, un réel intérêt au point de vue médical. Je crois pouvoir montrer que, suivant la manière dont elle sera résolue, l'asile spécial pourra échapper aux reproches et aux objections qui lui sont adres-

sés d'avance par les adversaires de sa création, ou, au contraire, qu'il justifiera ces reproches et ces objections.

Les partisans du système disent qu'un asile spécial est nécessaire pour détourner des asiles ordinaires un certain nombre d'aliénés particulièrement violents et dangereux, ou bien ceux qui ont commis des crimes dont l'éclat a été si grand, que leur seule présence peut jeter, sur l'établissement où ils sont soignés, une défaveur suffisante pour alarmer les familles et écarter les pensionnaires.

Sans contredire, précisément, ces arguments, les adversaires de l'asile spécial disent que, la plupart des aliénés dits criminels, ne sont pas plus dangereux que la moyenne des aliénés ordinaires ou que leurs actes n'ont pas eu assez de retentissement au dehors pour inspirer un véritable sentiment de répulsion; tous ces aliénés, ajoutent-ils, peuvent rester mêlés à la population des asiles ordinaires, sans qu'il en résulte d'inconvénients sérieux, et si l'on envoie tous les aliénés dits criminels dans l'asile spécial projeté, celui-ci se trouvera bientôt plein d'aliénés tranquilles et inoffensifs qui n'auraient aucun besoin d'y être conservés.

Il me semble résulter de ces objections, dont je ne connais nullement la valeur, qu'il n'est pas nécessaire de placer, dans l'asile spécial, tous les aliénés criminels, ni d'y laisser indéfiniment tous ceux que l'on aura cru devoir y placer; mais a-t-on démontré que certains aliénés criminels ne soient pas, dans les asiles ordinaires, une cause de dangers perpétuels ou d'inconvénients sérieux, et qu'il ne convienne pas de les isoler dans un établissement à part? Je ne le pense pas.

Une sélection parmi les aliénés dits criminels serait donc nécessaire; tous n'auraient pas besoin d'être placés dans l'asile spécial, et parmi ceux qui y seraient d'abord envoyés il en est qui, devenant, avec le temps, déments et inoffensifs, n'auraient pas besoin d'y être maintenus.

C'est précisément sur la possibilité de cette sélection, et de ces éliminations successives, que le mode adopté pour le paiement des frais d'entretien des malades de l'asile spécial, me paraît destiné à exercer une grande influence.

Ces frais pourraient, comme cela a été proposé dans différentes Sociétés, être laissés entièrement à la charge de l'Etat.

Ils pourraient aussi, comme cela a lieu actuellement pour les aliénés ordinaires, rester à la charge du département du domicile de secours avec participation des communes. Voyons ce qui arriverait dans les deux cas.

Si l'Etat est seul chargé de l'entretien des aliénés placés dans l'asile spécial, les départements se trouveront exonérés d'une dépense qui, sans cela, aurait été à leur charge. Ils auront intérêt à voir et à faire voir partout des aliénés criminels. Dès qu'un aliéné aura eu maille à partir avec la justice, pour la moindre peccadille, les préfets le dépeindront comme très dangereux, fût-il complètement inoffensif, afin d'obtenir que l'Etat le prenne à son compte. Qui sait même si les maires, non moins économes des deniers de leur commune que les préfets ne le sont de ceux du département, ne retarderont pas la demande de placement de certains malades, dans l'espoir que ceux-ci, laissés libres, pourront commettre quelque acte contraire aux lois et susceptible d'entraîner leur envoi dans l'asile spécial ? En un mot, on cherchera tous les moyens de grossir le nombre des aliénés criminels, afin d'alléger les dépenses locales. D'autre part, si un aliéné placé à l'asile spécial devient, au bout d'un certain temps, calme et inoffensif, les préfets, par le même principe d'économie, se prêteront aussi mal que possible à sa réintégration dans un asile ordinaire, parce qu'il retomberait, alors, à la charge du département. L'asile spécial, encombré de malades chroniques et insignifiants, deviendra bientôt insuffisant ; il aura de la peine à recevoir ceux qui auraient réellement besoin d'y être placés ; le but de l'institution se trouvera dénaturé et la dépense à la charge de l'Etat ne laissera pas que d'être considérable ; l'événement justifiera les prévisions des adversaires de l'asile spécial.

Voyons, par contre, ce qui arriverait dans le cas où la dépense incomberait au département du domicile de secours, avec le concours des communes, comme cela a lieu actuellement pour les aliénés ordinaires. On doit prévoir que le prix de revient de chaque malade, dans l'asile spécial, sera supérieur à ce qu'il est en moyenne dans les asiles ordinaires ; un aliéné criminel coûtera donc, au département chargé de son entretien, plus cher qu'un aliéné non criminel. Dès lors, par le même principe d'économie, on s'appliquera à démontrer qu'aucun aliéné n'a besoin d'être traité dans l'asile spécial ;

ceux même qui seraient le plus dangereux seront représentés comme inoffensifs, et tous les placements rencontreront une sérieuse résistance. L'asile spécial restera à peu près vide, ce qui augmentera encore le prix de revient des quelques aliénés que l'on aura pu y faire entrer.

Il y a donc un double écueil à éviter, afin que le droit de sélection des aliénés, pour lesquels le séjour de l'asile spécial serait réellement nécessaire et utile, puisse être librement exercé par le Ministre de l'Intérieur, comme s'exerce en Angleterre le bon plaisir de la Reine. Le but à atteindre, pour cela, serait d'éliminer de la question toute considération pécuniaire, en sorte que les départements n'aient aucun intérêt d'économie à ce que tel ou tel aliéné, à leur charge, soit placé dans l'asile ordinaire du département, ou dans l'asile spécial des aliénés criminels.

Il y a un moyen d'obtenir ce résultat : c'est de décider que chaque département paiera à l'Etat, pour l'entretien des aliénés lui appartenant qui seraient placés dans l'asile spécial, un prix de journée égal à ce que ce même département paie pour les autres aliénés, dans l'asile ordinaire qui les reçoit. L'Etat, de son côté, supporterait la différence entre le prix payé par les départements et le prix réel de revient ; il se chargerait, en outre, des frais de transport et de transfèrement.

De cette manière, les départements seraient réellement désintéressés, la dépense occasionnée, pour eux, par un aliéné criminel, étant exactement la même que celle occasionnée par les aliénés ordinaires ; ils n'auraient donc aucun motif pour chercher à augmenter ou à diminuer le nombre des aliénés criminels. Dès lors, le Ministre aurait toute liberté pour exercer son droit discrétionnaire de sélection, en s'entourant, bien entendu, de toutes les garanties d'information désirables. Dès lors, aussi, l'asile spécial pourrait être exclusivement réservé aux aliénés qu'il serait réellement utile d'y placer et d'y maintenir ; un seul établissement suffirait très probablement pour toute la France, et les dépenses que l'on proposait de mettre à la charge de l'Etat se trouveraient notablement réduites.

Elles se composeraient des trois éléments suivants :

4° Constitution de l'asile spécial pour les aliénés criminels ; construction, ameublement et gros travaux d'entretien.

2° Frais de transfèrement des aliénés qui, des différents points de la France, seraient amenés à l'asile spécial, ou qui, de l'asile spécial, seraient réintégrés dans les asiles ordinaires.

3° La partie des dépenses annuelles de l'asile spécial, excédant l'ensemble des prix de journée payés par chaque département, pour les aliénés lui appartenant.

Telle est, messieurs, la combinaison très simple en théorie, et très facilement applicable en pratique, qui me paraîtrait de nature à conjurer les dangers que je vous ai signalés; à mon avis, elle pourrait avoir une influence considérable sur le bon fonctionnement de l'asile projeté.

Quant aux formalités dont il conviendrait d'entourer la sortie définitive des aliénés dits criminels qui paraîtraient guéris, je pense qu'il est inutile de créer des rouages nouveaux, et que la législation actuelle nous fournit les moyens d'y pourvoir. Il suffirait de soumettre toutes ces sorties à la procédure indiquée par l'art. 29 de la loi du 30 juin 1838; c'est-à-dire que toute demande de sortie serait déférée, de droit, au tribunal, et que celui-ci, après s'être livré aux vérifications nécessaires, prononcerait, en chambre du conseil, une décision non motivée. Les médecins seraient évidemment consultés, et leur avis exercerait, sans aucun doute, une influence considérable sur le tribunal; mais ils n'auraient pas, eux-mêmes et eux seuls, la responsabilité de la décision prise; celle-ci aurait toute l'autorité des décisions judiciaires, collectives et impersonnelles.

M. MOTET explique à nouveau que les aliénés dits criminels ne seront pas maintenus à tout jamais dans ces asiles; il serait d'ailleurs inhumain de le faire pour un aliéné qui aurait guéri. M. Motet rappelle la nomination d'une grande commission du ressort du ministère de l'intérieur, statuant sur la demande de sortie adressée par tout aliéné, le médecin servant dans ce cas d'intermédiaire; la décision rendue serait valable pour six mois, même douze, en considération de l'intempérance des réclamations de certains aliénés. La composition de cette commission est une de ses principales garanties; elle comprendrait dans son sein :

1° Le médecin de l'asile;

2° Un inspecteur du ministère de l'intérieur;

3° Un magistrat de la cour dans le ressort de laquelle se trouve l'asile;

4° Un membre du notariat;

5° Un avocat.

Quant à la chambre du conseil, M. Motet la croit utile, bien plus pour les aliénés ordinaires que pour les aliénés criminels qui ne comparaissent jamais devant elle.

M. BLANCHE trouve que, dans la constitution de cette commission, la part des médecins est trop petite; les deux médecins sont en trop faible minorité, étant données surtout les opinions préconçues des personnes étrangères à l'aliénation mentale. Le médecin ne peut pas conserver seul, il est vrai, la responsabilité de la sortie, mais à condition que l'autorité judiciaire soit subordonnée à l'autorité médicale. Cette commission doit donc comprendre un plus grand nombre de médecins.

M. MOTET. — Il est utile cependant qu'il y ait dans cette commission des esprits qui se préoccupent exclusivement de la liberté individuelle, sans aborder le côté médical. D'ailleurs, un seul médecin au courant du malade éclaircira tous les doutes qui pourraient s'élever dans la commission.

M. BLANCHE se demande s'il n'y a pas un danger dans le cas où il n'y aura qu'un médecin, ce médecin étant celui de l'asile, s'il n'y a pas de danger pour la responsabilité de ce médecin vis-à-vis de l'aliéné réclamant, alors même que le médecin n'aurait pas voix délibérative dans la commission.

M. BLANCHE rappelle à ce sujet des cas regrettables qui se sont produits récemment.

M. FOVILLE. — M. Motet vient de dire que la chambre du conseil avait peu de prestige pour l'aliéné qui ne comparait jamais devant elle. Cela peut être la pratique de Paris, mais elle n'est pas générale; à Rouen, par exemple, où tout aliéné qui réclame sa sortie et qui est transportable comparait devant la chambre du conseil.

M. BILLOD. — Les cas auxquels M. Foville fait allusion et dont il se prévaut pour prétendre que le médecin n'est pas aussi privé de garanties qu'on le prétend et que point n'est besoin par suite, sous ce rapport, de réviser la loi du 30 juin 1838, sont ceux dans lesquels l'obsession d'un malade ou d'un membre de sa famille tendrait à obliger le médecin à prendre l'initiative d'une déclaration de guérison, alors que cette guérison lui paraît douteuse ou illusoire. Pour ces cas, en effet, l'article 29 de cette loi offre

une ressource précieuse à laquelle il est bon de recourir et je ne m'en suis pas fait faute, pour ce qui me concerne, dans le cours de ma carrière. Mais ces cas n'ont rien de commun avec ceux dans lesquels le médecin a lui-même la conviction qu'il y a guérison et où son devoir strict devrait être d'en faire la déclaration, mais où il ne peut s'y résoudre, cette déclaration devant forcément entraîner une sortie dont les conséquences, étant données les chances de rechute, lui semblent devoir engager sa responsabilité.

Si, dans ces cas, il fait connaître au malade qui réclame sa sortie, ou à toute personne se faisant forte pour lui, le droit que lui confère ledit article 29, et lui conseille d'en user, ce ne peut être que pour éluder une obligation qui lui incomberait à lui-même s'il croyait à la guérison et il n'aboutirait alors qu'à un déplacement de la responsabilité.

M. BLANCHE. — C'est précisément dans ce cas que le bon vouloir de la reine en Angleterre détourne la responsabilité du médecin.

M. MOTET. — Et ce bon vouloir se manifeste après une visite des Commissionnaires in Lunacy ; or, c'est précisément cette commission qui nous fait défaut et serait utilement représentée par la grande commission.

M. FOVILLE. — D'ailleurs, quand le médecin est embarrassé au sujet de la sortie d'un malade, il peut toujours inviter celui-ci à présenter une requête au tribunal ; en ce cas, il ne décline pas de faire connaître son avis, mais de prendre seul une décision.

M. CHARPENTIER demande pourquoi, lors de la demande de sortie adressée par un aliéné, la chambre du conseil rend-elle des décisions non motivées, pourquoi cette absence de motifs ?

M. FOVILLE n'a employé ces termes que parce qu'ils sont inscrits textuellement dans la loi.

M. Foville raconte ensuite l'histoire d'un aliéné persécuté, ayant tué il y a six ans l'objet de son délire de persécution, enfermé depuis pour ce fait et dès lors ne présentant plus aucune idée délirante. Quelle conduite tenir envers cet aliéné au point de vue de sa mise en liberté ?

M. BLANCHE trouve une grande analogie entre l'état de ce malade et celui de Sandon.

M. BIGOT y voit au contraire une différence ; le motif de la haine de cet aliéné contre son objet de persécution était

en partie fondé, tandis que les ressentiments de Sandon ne reposaient que sur des faits imaginaires.

M. AUG. VOISIN fait observer que les ressentiments de Sandon au début, à l'égard de Billault, n'étaient pas complètement imaginaires ; et cependant, Billault mort, fut remplacé par Rouher dans les conceptions délirantes de Sandon.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS.

Gazette hebdomadaire.

7. *Les paralysies toxiques*; par le Dr Lancereaux (n° 45).

L'alcool n'est pas le seul agent toxique qui puisse produire des paralysies. D'autres poisons jouissent de la même propriété sur la motricité et la sensibilité. C'est de l'action de ces diverses substances que l'auteur s'occupe, après avoir laissé de côté le plomb, dont les accidents paralytiques sont trop connus et trop différents de la paralysie alcoolique pour nécessiter une description nouvelle.

D'autres paralysies, produites par des agents toxiques d'origine minérale ou végétale, présentent, au contraire, une ressemblance pour ainsi dire complète avec celles auxquelles donne lieu l'alcool, à savoir : symétrie et marche ascendante des accidents, désordres subjectifs et objectifs de la sensibilité, troubles vaso-moteurs, intégrité des centres nerveux.

Au nombre de ces poisons, il faut citer l'*arsenic*, l'*oxyde de carbone*, le *sulfure de carbone*, dans le règne minéral, et l'*opium*, l'*essence de térébenthine*, etc., dans le règne végétal.

En résumé, d'après M. Lancereaux, les paralysies toxiques forment un groupe clinique naturel, méritant une description à part. Si ces paralysies ne compromettent pas toujours l'existence par elles-mêmes, il faut reconnaître que, chez les buveurs notamment, elles sont parfois accompagnées de désordres cérébraux ou pulmonaires graves et même mortels. Le traitement est général et local : général, il s'adresse aux nombreuses modifications produites dans l'organisme par la substance toxique ; local, il a pour but de combattre la paralysie : c'est alors que l'hydrothérapie et l'électricité peuvent rendre des services réels.

8. *De l'influence de la paralysie infantile sur le développement ultérieur de l'atrophie musculaire progressive* ; par le Dr P. Oulmont et le Dr Neumann (n° 47).

Journal des connaissances médicales.

Ce journal ne contient aucun article susceptible d'être analysé dans les *Annales*.

Archives générales de médecine.**4. Les troubles intellectuels provoqués par les traumatismes cérébraux ; par le Dr Azam (n^o de février et de mars).**

Les traumatismes crâniens, à toutes les périodes de leur évolution pathologique, peuvent se compliquer de troubles intellectuels de diverse nature. Malheureusement, dans ces cas, les malades se trouvant être les tributaires des chirurgiens, il en résulte que les désordres psychiques qu'ils présentent, très superficiellement observés, sont à peine mentionnés dans les observations. De sorte que l'obscurité la plus profonde règne encore sur ce point de pathologie.

M. le professeur Azam, pénétré de l'importance de ces perturbations mentales consécutives à des traumatismes cérébraux, a rapporté la presque totalité des observations qu'il a pu recueillir dans la science, et à ces observations il ajoute un fort contingent de faits inédits, les uns personnels, les autres émanant de praticiens distingués.

De ces observations, il résulte que les troubles intellectuels qui surviennent le plus fréquemment à l'occasion des traumatismes cérébraux, sont : dans les cas légers, une sorte de stupeur et d'obnubilation passagère de l'intelligence ; dans les cas plus graves, des délires plus ou moins durables avec ou sans hallucinations, des accès de somnambulisme, comme dans le fait de Mesnet, des troubles de la mémoire consistant principalement en une sorte d'amnésie rétrograde, de l'aphasie, des attaques d'épilepsie, la paralysie générale, la démence, et, enfin, des troubles divers du caractère et des sentiments.

Comme on le voit, les traumatismes cérébraux peuvent donner naissance à des désordres intellectuels variés, depuis les plus circonscrits jusqu'aux plus diffus. Mais la diversité de ces désordres et leur généralisation plus ou moins grande constituent elles-mêmes des éléments de la plus haute importance, car elles touchent à la question des localisations cérébrales qu'elles peuvent contribuer à élucider.

2. *Quelques remarques cliniques sur le délire de la fièvre typhoïde, particulièrement le délire de la convalescence*; par les D^{rs} Buequoy et Hanot (14^e de juillet).

Ayant eu l'occasion d'observer plusieurs cas de délire dans les cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde, pendant l'hiver de 1880-1881, les auteurs rapportent ces faits en les faisant suivre de quelques commentaires. Leurs réflexions ne présentent rien de bien saillant à signaler.

Les seuls points nouveaux de ce travail sont relatifs à la pathogénie du délire de la convalescence de la fièvre typhoïde, délire que les auteurs n'attribuent pas à l'inanition, mais qu'ils semblent considérer comme un état de transition, un retour progressif à l'exercice intégral d'un organe dont le fonctionnement a été troublé plus au moins profondément. Ils font observer, en outre, que les troubles de l'intelligence, dans la fièvre typhoïde, sont plus spéciaux à certaines épidémies qu'à d'autres, qui paraissent en être, pour ainsi dire, à peu près exemples.

3. *Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve*; par M. le D^r Ch. Lasègue (n^o de novembre).

Tableau frappant et peint avec cette délicatesse de touche que l'on sait, des analogies qui existent entre le délire alcoolique et le rêve.

Après avoir exposé les principaux caractères du rêve normal, M. Lasègue montre que ces caractères se retrouvent dans le délire alcoolique.

Et d'abord, il fait remarquer que le délire alcoolique éveillé ou de jour est constamment consécutif au délire nocturne; c'est-à-dire aux rêves, qu'il continue, non seulement au point de vue psychique, mais aussi chronologique, et dont il n'est qu'une sorte d'épauouissement. L'alcoolique ne délire qu'après avoir mal dormi, avoir rêvé. Aussi, son délire continue-t-il les idées écloses pendant le rêve. Ce sont les mêmes tableaux fantastiques, les mêmes épisodes poignants, les mêmes aventures baroques ou sinistres, les mêmes scènes tumultueuses et mouvementées.

D'autre part, le délire alcoolique, comme le rêve, se nourrit essentiellement d'images; les hallucinations visuelles y jouent un rôle capital, et y existent à l'exclusion presque complète de

toute autre. Ici, comme dans le rêve, les prétendues hallucinations auditives se réduisent aux impressions les plus confuses, à des bruits de pas ou de coups, à des cris étouffés, à quelques phrases interjectives. Cela est si vrai que, parmi les animaux de tout ordre qui assiégent l'alcoolique, ne figurent pas les bêtes qui aboient, hurlent et bennissent; ce sont toujours des animaux muets. L'alcoolique du type persécuté est le seul qui entretienne des conversations, encore faut-il remarquer qu'on lui parle peu, tandis qu'il répond beaucoup.

A l'égal de tout rêveur, l'alcoolique est en mouvement incessant, physique et moral, pendant sa crise. Ses récits sont longs, mais composés de phrases saccadées, sans lien logique. Des faits et pas de réflexions, encore moins d'étonnement et de critiqué. Ce qui se passe se passe, et voilà tout.

Un dernier caractère commun au rêve et au délire alcoolique, c'est la possibilité qu'ont ces deux états de se suspendre brusquement et passagèrement sous l'influence de secousses imprimées au dormeur ou au malade, et accompagnées d'ob-jurgations excitantes. Chose curieuse, en effet, de même qu'on peut tirer brusquement un dormeur de son rêve par une question à laquelle il répond pour se rendormir aussitôt après, de même, si on adresse une question à l'alcoolique en le secouant activement par le bras ou par les épaules, en lui pinçant la peau, en lui projetant de l'eau au visage ou par tout autre moyen, la réponse suit immédiatement, alors que sous ces secousses, il ne l'écoute pas et il n'en tient aucun compte. De temps en temps, il est près de retomber, mais il suffit de le secouer de nouveau avec quelques vives interjections pour qu'il reprenne le fil de ses idées délirantes.

L'Encéphale.

L'*Encéphale* étant un journal spécialement consacré à l'étude des maladies mentales et nerveuses, ne renferme que des articles originaux susceptibles d'intéresser au plus haut degré les lecteurs des *Annales*. Mais le nombre de ces articles est si considérable (32 pour l'année 1884) qu'il m'est absolument impossible de les analyser chacun en particulier, même sommairement. D'ailleurs, les lecteurs des *Annales* sont aussi, pour la plupart, des lecteurs de l'*Encéphale*, en sorte que ce serait faire double emploi que de résumer ici les travaux contenus dans ce dernier journal. Je me borne donc, pour la forme, à faire ici

le relevé des articles originaux parus dans l'*Encéphale* en 1884 :

1. *Etudes de pathologie nerveuse: La stigmatisée de S.*; par M. le Prof. B. Ball, p. 364.
2. *Etudes de médecine légale: L'assassin Lefroy*; par M. le Prof. B. Ball, p. 614.
3. *Jurisprudence médicale. Du danger des sorties prématurées des asiles pour les aliénés à idées de suicide*; par M. le Dr G. Luys, p. 648.
4. *Considérations sur l'ischémie cérébrale fonctionnelle*, par M. le Prof. B. Ball.
5. *Des impulsions intellectuelles*; par M. le Prof. Ball, p. 26.
6. *Contribution à l'étude de la morphologie et de l'histologie pathologique de l'idiotie*; par M. le Dr J. Luys, p. 32.
7. *Des hallucinations unilatérales*; par M. le Dr E. Régis, p. 34.
8. *Etudes sur les tumeurs intracrâniennes; carcinome et sarcome épithélioïdes de la pie-mère*; par M. le Dr E. Chambard, p. 75, 214.
9. *Procédé pour la conservation et la momification des cerveaux à l'état sec*, par M. le Dr J. Luys p. 84.
10. *Traitement de l'épilepsie*; par M. Boyé, p. 90.
11. *Phthisie et folie. Leçon clinique*; par M. le Prof. B. Ball, p. 469.
12. *Des formes curables de l'ataxie et de l'hémiplégie verbales*; par M. le Dr J. Luys, p. 484.
13. *Contribution à l'étude anatomo-pathologique de l'idiotie. Hétéroptie de la substance corticale*; par M. le Dr J. Luys, p. 498.
14. *Du poids du cerveau et du cervelet chez les épileptiques*; par M. Bra, p. 202.
15. *Note sur l'étiologie et le siège anatomique de l'othématome*, par M. Ch. Vallon, p. 224.
16. *Procédé expéditif pour obtenir des traces graphiques de l'écorce cérébrale*; par M. le Dr J. Luys, p. 378.
17. *De la torpeur cérébrale*; par M. le Prof. B. Ball, p. 369.
18. *Recherches nouvelles sur les hémiplégies émotives*; par M. le Dr J. Luys, p. 378.
19. *Etude histologique sur un enchondrome de la dure-mère*; par M. le Dr Ch. Firket, p. 398.
20. *Contribution à l'étude de la structure de la cellule nerveuse*; par M. le Dr J. Luys, p. 412.

24. *L'art de faire varier les effets du kachisch*; par M. J. Géraud, p. 418.
25. *Du traitement de l'épilepsie*; par M. Fusier, p. 425.
26. *L'aliéné devant la société*; par le Prof. B. Ball, p. 625.
27. *De l'érythème symptomatique des tumeurs cérébrales*; par M. le Prof. B. Ball, p. 644.
28. *Contribution à l'étude d'une statistique sur le poids des hémisphères cérébraux à l'état normal et à l'état pathologique*; par M. le Dr J. Luys, p. 644.
29. *Contribution à l'étude des localisations cérébrales. Surdité ancienne, atrophie des circonvolutions de la région cunéiforme*; par M. le Dr J. Luys, p. 647.
30. *Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la paralysie agitante*, p. 649.
31. *De la non-existence du tremblement sénile comme entité nosologique distincte*; par M. le Dr J. Luys, p. 653.
32. *De la surdi-mutité par otopérisis et de sa curabilité chez les jeunes enfants*; par M. le Dr Roncheron, p. 655.
33. *Note sur le diagnostic différentiel de la folie à double forme et de la paralysie générale progressive*; par M. le Dr E. Régis, p. 884.
34. *Des effets de l'hémorrhagie du lobe paracentral*; par M. le Dr Rousseau.
35. *Observations de narcolepsie dans la démence et l'épilepsie*; par M. le Dr Rousseau, p. 709.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale.

1^o *Rapport médico-légal sur l'état mental de Lucien Morisset, inculpé de vol et d'assassinat*; par MM. les Drs Danner et Legrand du Saulle (no d'octobre).

On connaît l'histoire de ce jeune criminel qui tua une personne et en blessa plusieurs autres dans l'unique but d'arriver à la célébrité, et de ressembler à Lacenaire, qu'il admirait. Les conclusions du remarquable rapport de MM. Danner et Legrand du Saulle sont les suivantes :

1^o Morisset a manqué d'éducation morale. Livré trop tôt à lui-même, il s'est mal orienté dans la vie. En voulant acquérir un degré d'instruction auquel il n'avait point été préparé par ses études premières, il s'est un peu surmené intellectuellement.

2^o Aussi intelligent qu'orgueilleux et ambitieux, il a d'abord vécu d'illusions; puis, dans un moment de découragement, il

a tenté, à l'âge de 17 ans, de se faire mourir. Plus tard, sous l'influence évidente de lectures détestables, il s'est faussé le jugement et il s'est composé une morale à son usage. Il est devenu de la sorte un sujet d'une redoutable perversité.

3° Morisset n'est point un aliéné. Nul médecin en France ne le conserverait dans un asile spécial.

4° L'inculpé est donc conscient et responsable. Toutefois, en considération de la fatigue cérébrale qu'il s'est peut-être imposée, des exagérations passionnelles auxquelles il s'est laissé conduire, et des circonstances insolites des actes connus, il se peut réellement que sa responsabilité ait été atténuée.

Lucien Morisset fut condamné à la peine de mort.

2. *Accès de somnambulisme spontané et provoqué; prévention d'outrage public à la pudeur; acquittement; relation médico-légale; par le Dr Motet (n° de mars).*

Cet article est la relation médico-légale, de l'intéressante et curieuse affaire qui se dénoua, il y a un peu plus d'un an, à la chambre des appels de la police correctionnelle. Il s'agit, comme on le sait, d'un individu condamné à trois mois de prison sous la prévention d'outrage public à la pudeur, et que notre confrère, le Dr Motet, fit acquitter en seconde instance, en établissant qu'il était sujet à des accès de somnambulisme spontané, pendant lesquels il se trouvait privé de son libre arbitre. Pour donner plus de poids à ses affirmations, M. Motet, séance tenante, détermina chez son malade un accès de somnambulisme. Devant cette preuve expérimentale concluante, les juges se déclarèrent convaincus, et le prévenu fut renvoyé des fins de la plainte.

3. *De l'hypnotisme au point de vue médico-légal; par le Dr Ch. Vibert (n° de novembre).*

4. *Rapport médico-légal sur l'état mental de Félix Lemaitre inculpé d'assassinat; par le Dr Legrand du Saulle (n° de décembre).*

Félix Lemaitre est ce jeune assassin de seize ans, qui, pris du besoin de tuer quelqu'un, choisit pour victime un petit garçon de six ans qu'il entraîna dans sa chambre et frappa au ventre et à la gorge de plusieurs coups de couteau.

Les conclusions du rapporteur furent les suivantes :

1° Félix Lemaitre jouissait de sa raison le 25 février 1884;

2° Il doit pouvoir répondre des faits qui lui sont reprochés;

3° Toutefois, en considération de certaines prédispositions héréditaires, du jeune âge de l'inculpé et des circonstances insolites des actes accomplis, j'estime que, dans l'espèce, la responsabilité a pu être un peu atténuée.

Le jeune assassin fut condamné à vingt ans de prison et dix ans de surveillance de la haute police.

Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.

1. *Etude sur une forme, non encore décrite, d'hallucinations dites panoramiques*; par le Dr Vercourt (janvier-février).

Ce travail, qui a été présenté au concours du prix Aubanel de 1882, a été analysé par le Dr Charpentier, dans son rapport sur ce prix.

2. *Relation de trois cas de méningite cérébro-spinale*; par le Dr Massonnaud (mai-juin).

3. *Etude critique sur l'étiologie du goitre en général, à propos des épidémies de goitre aigu dans la garnison de Clermont-Ferrand*; par le Dr Chonet (juillet-août).

Article très intéressant et plein d'aperçus ingénieux, dans lequel l'auteur, après avoir relaté l'épidémie de goitre aigu observée par lui chez les soldats du 46^e régiment d'artillerie à Clermont, et en avoir discuté les causes, arrive à des conclusions nouvelles dont nous citons les suivantes :

« Le goitre aigu, sporadique ou épidémique, est une maladie banale, analogue aux amygdalites, aux adénites cervicales, et qui se manifeste dans l'armée chez des sujets prédisposés par un tempérament généralement lymphatique.

La cause déterminante serait le refroidissement brusque de la région thyroïdienne produit soit par l'eau fraîche, intus ou extra, soit par les courants d'air ou les vents régnants froids et humides. Ces diverses conditions étiologiques se rencontrent dans certains pays à climatologie et orographie spéciales : leur action se manifeste surtout au moment des chaleurs, alors que les hommes étant en sueur, font usage d'eau fraîche ou dorment en laissant ouverte, pendant la nuit, les fenêtres de leurs chambres.....

Le goitre endémique existe dans les pays où se trouvent réunies ces mêmes conditions goitrigènes. Il se développe, comme le goitre aigu, chez les individus prédisposés par un

tempérament lymphatique, et ne devient chronique que par la persistance des causes productrices.....

Le goître endémique se rencontre surtout dans les campagnes, parmi les populations se livrant à l'agriculture ou à l'élevage des bestiaux. Il ne se développe généralement qu'à partir de la puberté; à cet âge, les individus suffisamment forts pour se livrer aux travaux des champs, sont par cela même plus exposés aux influences goitrigènes. Les femmes sont atteintes dans une plus forte proportion que les hommes, à cause de leur costume décolleté qui laisse leur cou à découvert et soumis aux intempéries atmosphériques; l'on sait en outre que, dans les pays de montagnes, elles participent largement aux travaux champêtres.

Au point de vue clinique, nos faits sont-ils assez nombreux pour nous permettre cette conclusion: que le goître siège de préférence ou est plus volumineux dans le lobe droit de la glande thyroïde, par suite de l'habitude plus générale, chez les personnes atteintes, de se coucher sur le côté droit du corps; celles qui dorment au contraire sur le côté gauche, ayant un goître latéral gauche?....

Dans les pays à goître l'on devra donc s'abstenir avec soin de faire usage d'une eau froide, surtout lorsque le corps est en sueur; de même l'on évitera de mettre le cou à découvert dans les marches, pendant ou après le travail. Pour les régions à endémie, il serait nécessaire de changer la forme des habits, plus spécialement celui de la femme, et d'y adapter un collet assez relevé, qui mette le cou à l'abri des intempéries atmosphériques; l'usage habituel des grandes cravates en laine remplirait évidemment le même but. »

4. *Étude sur l'hématome de l'oreille*; par le Dr A. Sockeel; (novembre-décembre.)

Ayant observé presque coup sur coup quatre cas d'hématome de l'oreille, l'auteur en a profité pour faire une étude complète de la question. Après avoir rapporté ses propres faits en détail et avoir longuement discuté les diverses opinions émises au sujet de l'étiologie et du siège anatomique de l'hématome de l'oreille, il conclut ainsi :

1° L'hématome de l'oreille n'est nullement une affection spéciale aux aliénés;

2° Il peut être la conséquence directe d'un traumatisme violent, mais dans la grande majorité des cas, il est précédé

d'une dégénérescence inflammatoire ou hypertrophique du fibro-cartilage ;

3^o Ces altérations anatomiques sont la cause prédisposante ; toute congestion de l'oreille devient la cause occasionnelle ;

4^o L'épanchement sanguin se fait entre le périchondre et le fibro-cartilage. — Quelquefois, il débute dans l'épaisseur même de ce dernier ;

5^o Chez les aliénés, l'othématome n'est pas un signe de cachexie ni d'incurabilité ;

6^o C'est une affection bénigne, mais qui a l'inconvénient de laisser souvent, après la guérison, des changements de forme plus au moins accentués du pavillon ;

7^o Au point de vue médico-légal, il n'a aucune importance.

8^o La maladie guérit d'elle-même, mais la déformation paraît, dans ce cas, plus marquée. — En incisant la poche, on gagne du temps et le résultat définitif est meilleur.

Dr E. RÉGIS.

JOURNAUX ANGLAIS

Mind.

ANNÉE 1884. (N^o XXIII.)

La substantialité de la vie ; par Edmond Montgomery.

L'auteur se propose dans ce mémoire « de démontrer la substantialité de la vie ; de rendre évidente l'existence réelle » d'une substance identique, indivisible, permanente et subve-
 « nant à ses propres besoins, substance dont les phénomènes » transitoires, qui naissent dans la conscience, ne sont que des » états affectifs inhérents. » Nous ne suivrons pas M. Montgomery à travers les développements d'ordre purement philosophique qu'il donne à la question, et surtout à la position de la question ; nous ne rechercherons pas avec lui si Hume et Kant ont eu raison de penser que la conscience du moi ne nous fournit pas la connaissance de l'identité personnelle, et nous arriverons de suite à la partie la plus physiologique du mémoire.

L'auteur part de ce principe, d'ailleurs indiscutable, que toute activité fonctionnelle s'accompagne d'un certain déchet

de la substance fonctionnante; d'autre part, l'identité de la fonction implique nécessairement l'identité de la substance fonctionnante. Cela étant, toute substance qui, venant de fonctionner, se remet à fonctionner de la même manière, a évidemment été le siège d'un processus de reconstitution; et si cela est vrai pour chaque partie fonctionnante d'un organisme complexe, cela est vrai aussi pour cet organisme considéré dans son ensemble. C'est donc uniquement parce que son unité et son intégrité sont suffisamment maintenues par une incessante reconstitution, que notre personnalité demeure identique au milieu de ces modes multiples de fonctionnement. L'auteur, à la vérité, se hâte d'ajouter que cet état de parfaite identité de la substance ne se réalise, heureusement, jamais d'une façon absolue, mais seulement d'une manière approximative; sans quoi, il n'y aurait plus ni développement, ni accroissement, ni évolution. D'autre part cette identité peut, dans certaines conditions, être affectée ou modifiée.

Bref, « la substance vivante (ou l'individu organique) est indivisible, parce qu'elle constitue une unité chimique spécifique, incessamment maintenue par un processus de réintégration. — Elle est éminemment durable, parce qu'au milieu d'un tourbillon de changements elle réussit à conserver son intégrité grâce à un processus de restauration. — Enfin elle subvient à ses propres besoins parce qu'elle possède un pouvoir d'affinité, qui lui est inhérent, et qui, lorsque se produisent des modifications destructives, fonctionnelles ou autres, la constitue à l'état de radical chimique possédant des activités définies en vue d'une saturation complémentaire (1). »

Ce qu'il a de plus original assurément dans la théorie de M. Montgomery, c'est la façon dont il conçoit la constitution intime des tissus vivants. Il repousse absolument l'hypothèse d'un agrégat cellulaire, ou si l'on veut, élémentaire. Pour lui, les éléments constituants qui entrent dans la composition organique doivent leur situation et leur influence relatives à la constitution spécifique du tout dont ils font partie: ce ne sont pas les parties d'un agrégat divisible, mais bien des parties intégrantes d'une unité que rien ne peut rompre. Une force mécanique ne peut pas plus détruire cette unité qu'elle ne peut la rétablir; et la constitution de la matière n'est

(1) Voy. le compte rendu d'un travail précédent du même auteur (*Ann. médico-psychol.* 6^e série, t. VII, page 509).

influencée d'une façon réelle ou permanente que par la rupture ou le rétablissement de l'équilibre chimique.

N° XXIV.

La vue et l'odorat chez les vertébrés; par Grant Allen.

M. Grant Allen indique lui-même, au début de son travail, les principaux points qu'il se propose de démontrer; ces points sont les suivants : « Les deux sens de la vue et de l'odorat sont, d'une façon générale, à peu près en raison inverse l'un de l'autre. Lorsque la vue constitue le principal sens intellectuel, l'odorat est ordinairement défectueux et ne joue qu'un rôle peu important; réciproquement, lorsque l'odorat est le principal sens intellectuel, la vue est ordinairement défectueuse et ne joue qu'un rôle peu important. Le développement intellectuel le plus élevé est nécessairement basé sur la vue. Aussi, à mesure que l'on atteint un degré plus élevé de l'échelle des vertébrés, on voit, chez les animaux les plus développés des trois grands groupes, l'importance de la vue s'accroître, tandis qu'on voit au contraire diminuer celle de l'odorat. Chez les poissons les plus inférieurs, l'odorat est le principal sens; les téléostéens ont la vue; les reptiles ont l'odorat; les oiseaux, la vue. Les mammifères inférieurs ont l'odorat; les primates ont la vue. Chez l'animal le plus élevé, l'homme, le sens intellectuel immensément prédominant est la vue, tandis que l'odorat ne survit qu'avec difficulté, et à l'état de reliquat presque sans fonction. »

Pour démontrer ces diverses propositions, l'auteur passe en revue toute la série des vertébrés, depuis l'amphioxus jusqu'à l'homme, nous donnant ainsi une courte, mais substantielle étude des organes des sens dans les diverses classes des vertébrés. Ne pouvant accompagner M. Grant Allen dans toute cette excursion zoologique, nous le rejoindrons seulement lorsqu'il arrive aux quadrumanes. Les quadrumanes inférieurs, ceux du moins que nous connaissons aujourd'hui, ont des lobes olfactifs comparativement volumineux; mais à mesure qu'on s'élève parmi les quadrumanes, on voit les lobes olfactifs diminuer de volume; en même temps on constate l'accroissement du volume des lobes frontaux et occipitaux. Il est à noter aussi que les singes inférieurs sentent leur nourriture, fait que l'on observe très peu chez les singes supérieurs.

L'auteur n'entend nullement contester l'importance considé-

table de la main chez les quadrumanes supérieurs, et la grande part que cet organe a certainement prise dans l'évolution de l'intelligence du singe et de l'homme ; mais il croit que la main elle-même a directement contribué à substituer la vue à l'odorat comme sens prédominant.

Si maintenant on passe des autres primates à l'homme, on constate l'importance prépondérante du sens de la vue, tandis que l'odorat, simple reliquat d'une fonction déchuë, ne joue qu'un rôle insignifiant dans les processus intellectuels. Il est facile de constater que ce dernier sens n'a conservé un développement marqué que chez les idiots et dans les races humaines inférieures ; pour nous, son rôle se réduit à procurer des sensations agréables ou désagréables. Les lobes olfactifs n'ont plus d'ailleurs chez l'homme qu'un volume très faible, et leurs connexions, ainsi que celle des nerfs olfactifs, avec les hémisphères cérébraux, sont vraisemblablement mal définies et peu importantes. Il est inutile d'insister sur le rôle capital que joue au contraire la vue dans le développement et l'évolution de l'intelligence.

En terminant, et pour se mettre à l'abri de toute interprétation erronée, M. Grant Allen explique que, dans sa pensée, il ne s'agit aucunement d'un changement de destination de certaines cellules, qui primitivement employées à l'élaboration des sensations olfactives, se seraient graduellement adaptées à l'élaboration des sensations visuelles ; il repousse, au contraire, une pareille hypothèse, comme absolument incompatible avec la théorie des localisations fonctionnelles distinctes dans le système nerveux. Ce qu'il s'est efforcé de démontrer c'est que « originairement, la portion principale du cerveau était celle qui avait pour rôle la coordination des sensations olfactives et des mouvements, tandis que, actuellement, dans certains groupes spéciaux, tels que les oiseaux et les primates, la portion principale est celle qui a pour rôle la coordination des sensations visuelles et des mouvements. »

Dr R. DE MUSGRAVE CLAY.

JOURNAUX AMÉRICAINS

The Alienist and Neurologist (1880).

Cette revue trimestrielle a été fondée en 1880, à Saint-Louis, sous la direction du Dr Hughes, ex-superintendant de l'asile de l'Etat du Missouri, avec la collaboration d'un grand nombre de médecins spécialement versés dans l'étude des questions relatives au système nerveux. Son but principal, dit l'éditeur, est d'offrir aux praticiens désireux de s'instruire tous les renseignements possibles sur la psychologie morbide et la névrologie étudiées principalement au point de vue clinique. La reproduction et la traduction de travaux étrangers, surtout anglais, italiens, français et allemands, y occupent une grande place. On trouve, en outre, aux chapitres *Selections* et *Editorials* des indications plus ou moins détaillées sur toutes les publications de quelque importance qui se rapportent au système nerveux. L'abondance de ces matières n'exclut pas les mémoires originaux dont nous allons rendre compte; mais ceux-là mêmes sont conçus dans l'esprit général de l'œuvre qui est plutôt d'information que de recherche scientifique.

NUMÉRO DE JANVIER

1. *Sur la folie morale, la dépravation et le cas hypothétique* ;
par le Dr C. H. Hughes.

Pour comprendre ce que l'auteur entend par *le cas hypothétique*, il faut savoir que, aux Etats-Unis, les inculpés soupçonnés de folie ne sont pas, ou du moins ne sont pas toujours examinés directement par les médecins experts. Ceux-ci sont appelés à se prononcer d'après les renseignements qui leur sont fournis par l'accusation et par la défense. Le cas hypothétique est celui qu'ils doivent dégager de ces éléments toujours incomplets et souvent incohérents. D'une part le défenseur, trop zélé, accumule, dans le but de sauver son client, des assertions contradictoires. De l'autre l'accusateur supprime ce qui pourrait lui être favorable. Tous deux manquent des connaissances nécessaires pour un examen complet et vraiment scientifique.

Quels peuvent être les motifs qui ont perpétué jusqu'à nos jours cette vieille coutume, condamnée également par le sens commun et par l'opinion de tous les hommes compétents? On a dit que si les experts étaient appelés à émettre leur avis après

un examen personnel et direct de l'accusé, leur opinion entraînerait presque forcément celle du jury. En d'autres termes les experts remplaceraient le jury. Le mal ne serait pas grand, dit l'auteur, et il a certainement raison. Mais peut-être va-t-il un peu loin, en proposant que, dans les questions strictement médicales, le jury soit composé uniquement de médecins experts. Il n'en est pas moins vrai que la pratique qu'il attaque doit causer de nombreuses et de déplorables erreurs.

2. *Folie avec hallucinations de l'oute et auto-mysophobie, arrêtée à la période des prodromes*; par le Dr V. De-n, super intendant de l'hôpital de la Cité, à Saint-Louis, et le Dr Hughes.

3. *Problèmes de psychiatrie à résoudre par le médecin de la famille* par le Dr Hughes.

Le premier, le plus important et, dans bien des cas, l'un des plus difficiles de ces problèmes qui se posent au praticien appelé près d'un aliéné, est celui de savoir si le malade doit être envoyé dans un asile ou si l'on peut essayer de le traiter à domicile. Par ce mot l'auteur n'entend pas seulement la maison du malade, mais celle du médecin, celle d'un ami, ou toute autre, pourvu qu'elle offre les conditions indispensables à la surveillance et au traitement d'un aliéné. — Après avoir passé en revue les principales considérations dont il faut tenir compte dans l'examen de cette question, il exprime le regret que les connaissances spéciales et surtout l'expérience clinique manquent à la plupart des médecins pour la résoudre d'une façon éclairée. Lorsqu'ils se trouvent en présence d'une maladie mentale dont la nature et la marche ne leur sont pas bien connues, ils croient très généralement n'avoir rien de mieux à faire que d'envoyer immédiatement l'aliéné dans un asile. Quoique cette pratique offre assurément moins d'inconvénients que n'en aurait le système opposé, il est pourtant regrettable de la voir appliquer à de nombreux malades qui guériraient très bien hors de l'asile, ou du moins que l'on pourrait sans inconvénient essayer de traiter à domicile pendant quelque temps avant de se résoudre à les y envoyer.

Il est impossible d'établir théoriquement la séparation des maladies mentales qui permettent cet essai de celles dans lesquelles il présenterait des dangers. L'auteur a cependant voulu indiquer d'une façon générale quelles sont celles que l'on peut le plus souvent traiter à domicile, mais il ne nous paraît pas que cette tentative ait été heureuse de tout point. Parmi ces

indications il en est qui sont simplement inutiles et sur lesquelles nous n'insisterons pas, mais nous ne pouvons laisser passer de même la suivante qui concerne la paralysie générale. Les paralytiques, dit l'auteur, étant incurables et rarement dangereux, peuvent être aussi bien traités à domicile ou en voyage qu'ailleurs, pourvu qu'ils se soumettent à la direction qui leur est nécessaire. — Il y a peu à compter sur la soumission des aliénés paralytiques, et d'ailleurs les accès de manie qui surviennent chez eux si souvent et parfois si brusquement, ne manqueront pas de causer de graves mécomptes aux médecins qui, suivant le conseil qu'on leur donne, les auront considérés et traités comme des malades inoffensifs.

— Dans un article complémentaire (n° de juillet) l'auteur rapporte plusieurs observations destinées à montrer combien sont variés les moyens de traitement et les mesures de précaution que réclament des malades différents par l'âge, le sexe, la nature de leur maladie, etc. C'est la mise en action des préceptes établis dans le précédent travail.

4. *Décussation totale des fibres optiques dans le chiasma*; par le D^r William Dickinson, à Saint-Louis.

Résumé de tous les arguments tirés de l'anatomie, de l'expérimentation et de la clinique, qui ont été invoqués à l'appui de la théorie de la décussation totale.

L'auteur étudie d'une façon plus spéciale l'hémiopie dont certaines variétés s'expliquent difficilement par l'hypothèse de la semi-décussation.

5. *Aspect psychologique de l'alcoolisme*; par le D^r Ira Russell.

Ce mémoire a été lu en juin 1880, devant la société de médecine légale du Massachusetts, dont le comité avait prié l'auteur d'exposer la psychologie de l'alcoolisme indépendamment des considérations pathologiques qui étaient réservées à un autre membre. Une division aussi artificielle ne pouvait être respectée, et l'auteur n'a guère trouvé autre chose à étudier que les modifications et les déviations produites dans nos facultés sous l'influence de l'alcool. C'est bien là, en effet, ce qui constitue l'aspect psychologique de l'alcoolisme, mais il résulte d'un état pathologique.

On cite, il est vrai, certains écrivains, surtout des conteurs et des poètes, qui auraient cherché dans le vin un moyen de stimuler leur génie. Il est impossible de douter, dit l'auteur, que

nous lui devons quelques-uns des chefs-d'œuvre de Burns, de Byron et de Poë. Mais, ajoute-t-il, c'est l'opium qui a inspiré les pages profondes ou brillantes de Coleridge et de De Quincey, et W. Cooper était fou lorsqu'il a composé ses plus charmantes poésies. L'excitation intellectuelle due à ces causes diverses est dans tous les cas un phénomène anormal et plus ou moins morbide.

— Nous voudrions faire une réserve au sujet de ces merveilleux effets attribués à l'inspiration alcoolique. Il est bien vraisemblable que quelques-unes des étranges fantaisies de Poë ont été puisées à cette source; elles en portent la marque. Mais c'est à notre avis lui faire trop d'honneur que de la croire capable d'enfanter des chefs-d'œuvre, et ceux de Byron surtout sont d'un ordre trop élevé pour avoir rien de commun avec elle.

6. *Sur les propositions de la Société des superintendants au sujet de l'organisation des asiles d'aliénés*; par le Dr John Curwen, superintendant de l'asile de Harrisbourg (Pensylvanie).

La société des superintendants s'est occupée, il y a quelques années, des questions qui ont rapport à la construction et à l'organisation des asiles, et elle a résumé ses vues à ce sujet dans une série de *résolutions* qui maintenant servent de texte au Dr Curwen pour développer ses propres idées. Il s'est occupé dans des articles précédents du choix de la localité et de l'étendue des terrains qui doivent être affectés aux asiles, de leur construction et de leur aménagement. Le présent travail est exclusivement consacré à l'étude des questions qui concernent directement le superintendant. Quelle est la nature de ses fonctions? Quelle doit être l'étendue de ses pouvoirs? Quelles sont les qualités nécessaires pour faire un bon superintendant?

D'après les idées de la société, qui sont aussi celles du Dr Curwen, le superintendant ne peut être autre que le médecin en chef; ses fonctions consistent dans la direction de l'asile, en prenant cette expression dans le sens le plus compréhensif, et son autorité doit s'étendre sur tout le personnel de l'établissement. Si le but unique auquel tout doit concourir dans un asile est le bien-être et la guérison des aliénés, il est évident que tout doit être soumis à la direction du médecin. Il n'est en effet aucun détail qui n'ait son importance à ce point de vue, aucun par conséquent qu'il puisse négliger ou qui soit sans-inconvénient soustrait à son autorité. Celui qui limiterait son attention à la direction purement médicale des malades

n'aurait qu'une notion bien incomplète et bien inexacte de ses devoirs.

On conçoit d'après cela, qu'il faille une grande variété de connaissances pour faire un bon *superintendant* et qu'une longue préparation soit nécessaire pour les acquérir. Certaines personnes ont prétendu qu'un médecin est mieux qualifié pour remplir ces fonctions lorsqu'il a préalablement exercé la pratique pendant quelques années; mais M. Curwen n'est pas de cet avis. C'est là, dit-il, une erreur que l'expérience des difficultés de la tâche à remplir fera vite reconnaître. Pour acquérir la maîtrise dans une spécialité, il ne faut pas éparpiller son temps et ses forces sur des sujets qui n'ont avec elle que des rapports généraux et plus ou moins éloignés, mais s'appliquer dès l'abord à ce qui doit être l'œuvre de toute la vie. Lorsqu'un jeune homme termine les cours ordinaires de médecine, il est temps pour lui d'entrer dans un asile et de se consacrer exclusivement à l'étude et au soin des aliénés.

— Sans contester ce qu'il y a d'évidemment juste dans ces vues et ces conseils, on peut regretter une tendance marquée dans tout l'article à sacrifier, ou du moins à subordonner le rôle du médecin à celui du directeur. L'auteur fait trop bon marché de l'importance pratique de ces connaissances qui n'ont, dit-il, que des rapports généraux avec la spécialité, et qui ne sont autres que les différentes branches des études médicales. A mesure que la science fait des progrès, ces rapports deviennent de jour en jour plus nombreux et plus précis; et, dans beaucoup de cas, la thérapeutique de l'aliénation mentale se borne aux efforts tentés pour rétablir une santé physique altérée. — Le moment est donc mal choisi pour venir conseiller aux jeunes médecins de se désintéresser des recherches scientifiques, afin de se donner tout entiers au soin des intérêts matériels de la maison et des malades. C'est là précisément un des grands reproches adressés aux *superintendants* par les promoteurs de la réforme des asiles. Aussi n'est-il pas pas étonnant qu'ils se soient emparés avec empressement de ce malencontreux article qui vient donner au moins une apparence de fondement à leurs accusations.

— Dans un autre article (n° d'avril), l'auteur examine les résolutions de la société concernant les médecins assistants, le pharmacien, la matrone (chargée de diriger la cuisine, le lavoir et les différents détails domestiques), le chapelain, les surveillants et les gardiens. Il insiste d'une façon spéciale sur ce qui

concerne ces derniers. Les relations continues et souvent intimes, qui existent forcément entre eux et les malades, leur donnent une importance dont on n'a pas toujours suffisamment tenu compte. Aussi faudrait-il les choisir et les former avec soin, les payer généreusement et les traiter avec égards. — En outre des gardiens, qui ne sont pas en général assez nombreux, l'auteur souhaiterait la présence dans les asiles de quelques personnes dont les seules fonctions seraient d'occuper et de distraire les malades.

7. *Blessure unilatérale du cerveau par arme à feu, suivie d'anévrysme de la carotide intra-crânienne droite et d'hémiplégie gauche.* Autopsie; par les D^{rs} Hodgen et Conniery, Saint-Louis.

On trouve dans le même numéro de la Revue (selections) le résumé de deux autres observations de blessures du cerveau par arme à feu, qui toutes deux ont été suivies de guérison.

NUMÉRO D'AVRIL

1. *Que faire des ivrognes?* par le D^r Crothers, superintendant de la maison de Walnut-Hill, Connecticut.
2. *Observations sur l'origine, le caractère et le traitement de l'anomanie;* par le Dr Wright, de Bellefontaine (Ohio), (n^o d'octobre.)

L'alcoolisme, qui fait de si nombreuses victimes chez nous, doit exercer encore bien plus de ravages aux Etats-Unis, si nous en jugeons d'après les efforts qu'on y fait de toutes parts pour le combattre. Moralistes, législateurs, médecins, s'agitent à l'envi et, à côté des prédications et des sociétés de tempérance, se fondent des asiles où les ivrognes viennent, plus ou moins volontiers, s'isoler et chercher des soins. L'état de Connecticut a voté, il y a deux ans, la création d'un asile work-house destiné aux ivrognes incorrigibles, non dans le but de les guérir, mais dans celui d'en débarrasser la société et de les contraindre à gagner leur vie par un travail obligatoire. Dans le même Etat, une association de charité a été autorisée à fonder un établissement réservé exclusivement aux femmes alcooliques et morphiomanes et qui doit contenir trois cents malades. — Nous trouvons encore une preuve du vif intérêt qui s'attache à cette question dans le nombre considérable d'études qui lui sont consacrées. La revue que nous analysons n'en contient pas moins de quatre pour la seule année 1884. Nous avons

rapproché les deux mémoires dont nous donnons ci-dessus les titres, parce qu'ils envisagent les mêmes côtés du sujet et que les doctrines des deux auteurs, sans être absolument identiques, se ressemblent assez pour se prêter aux mêmes considérations.

Elles ont un principe fondamental commun, c'est que l'ivrognerie n'est pas un vice, comme on le croit généralement, mais la manifestation d'une maladie physique, d'une diathèse nerveuse particulière soumise aux mêmes lois que les autres névroses, dont elle procède et qu'elle peut engendrer par voie de transformation héréditaire. Le Dr Wright admet pourtant que de longues habitudes d'intempérance peuvent quelquefois créer cette diathèse; mais c'est là une rare exception. Il est probable, dit-il, que bien peu, s'il en est, des ivrognes de profession sont absolument exempts de toute tare héréditaire. L'œnomanie est la conséquence nécessaire des vices et des misères d'un monde pas-é depuis longtemps.

Aux causes héréditaires se joint l'influence de celles qui agissent sur l'individu. Issus de parents épileptiques, hystériques, aliénés et de névropathes de toutes sortes, les candidats à l'alcoolisme apportent en naissant un tempérament nerveux particulier qui constitue une prédisposition plus ou moins prononcée. Selon le milieu dans lequel les hasards de la naissance et de la vie ont placé le sujet, cette prédisposition se trouvera combattue ou favorisée. Parmi les plus importantes à considérer de ces causes individuelles se rangent celles qui agissent pendant l'enfance. Une mauvaise hygiène, une alimentation insuffisante ou mal réglée produisent une nutrition imparfaite et empêchent le développement normal des tissus nerveux. Les efforts excessifs qu'un système mal entendu, d'éducation et d'instruction impose au cerveau des enfants finissent par le surmener et l'épuiser. C'est surtout dans la période comprise entre quatre et quinze ans que se trouve constituée la diathèse dont les manifestations éclateront plus tard.

Nous négligeons la symptomatologie et la division des maladies en catégories — différentes selon chaque auteur — pour arriver au traitement, sur la nature duquel ils se retrouvent en parfait accord. A un mal physique, des moyens physiques peuvent seuls porter remède. Les meilleurs conseils et les prédications les plus éloquentes seront toujours impuissantes à refaire des cellules dégénérées et à rétablir l'équilibre détruit

du système nerveux. — Mais nous devons noter une différence sensible dans leur appréciation sur l'efficacité de ce traitement. Tandis que le Dr Crothers attribue la fréquence des insuccès surtout à l'ignorance des moyens capables de guérir, le Dr Wright, moins confiant, considère la diathèse, une fois créée, comme indestructible, au moins chez l'individu. Un mal héréditaire ne peut, dit-il, être guéri que par une méthode héréditaire.

Quoi qu'il en soit, la condition première, indispensable du traitement, c'est la suppression absolue de l'alcool. Cette condition ne peut guère être remplie chez le malade, et par conséquent le séjour dans un asile est nécessaire à peu près pour tous les alcooliques. Mais il ne faudrait pas que la durée de ce séjour fût soumise aux caprices du malade. Même alors qu'il semble en possession de sa raison, l'alcoolique est, de fait, presque toujours en dehors des limites de la vraie santé mentale. Sa personnalité exagérée, ses illusions sur sa force de résistance et sur la facilité avec laquelle il reformera ses habitudes vicieuses quand il le voudra, ne lui permettent pas de comprendre la nécessité des mesures pénibles qui seules peuvent le sauver. C'est à ses parents, à ses amis et à la société qu'il appartient de les lui imposer, comme ils le font quand il s'agit d'un aliéné atteint de la manie du suicide.

Si les asiles sont nécessaires, ils sont bien insuffisants pour la multitude des malades. — C'est, dit le Dr Wright, l'alcool qu'il faudrait éloigner du malade, et non le malade de l'alcool. Une loi qui rendrait difficile ou impossible à l'ivrogne de se procurer des liqueurs enivrantes est le seul moyen pratique d'arrêter le développement du fléau. — L'auteur ne nous dit pas quelles devraient être les dispositions de cette loi, et sa réserve à cet égard est à regretter. Il est probable que les législateurs lui auraient été reconnaissants de leur suggérer un texte qui sera, croyons-nous, peu facile à formuler.

— L'originalité des vues que nous venons d'exposer nous a paru mériter l'attention. Elle appelle aussi la critique et, sans entrer dans des détails qui nous entraîneraient beaucoup trop loin, nous ferons observer que le principe sur lequel repose tout le système, celui de l'origine héréditaire du mal chez tous ou presque tous les alcooliques, aurait eu besoin d'être établi sur des preuves qui font défaut. Le Dr Crothers invoque, il est vrai, la similitude des symptômes chez les différents sujets et leur succession régulière, pour ainsi dire fatale, comme un

indice de cette origine. Mais les faits sur lesquels il s'appuie nous paraissent trop contestables pour fournir un soutien solide à une théorie qui est en opposition, non seulement avec les idées communément admises ou, pour parler comme M. Crothers, avec les superstitions traditionnelles, mais encore avec les doctrines scientifiques. On sait, en effet, que la plupart des aliénistes établissent une différence entre les ivrognes vulgaires et les dipsomanes qui seuls sont considérés comme des malades héréditaires. Cette distinction est non avenue pour nos auteurs qui ne la mentionnent même pas. On pourrait croire qu'ils l'ignorent s'il n'était d'ailleurs évident qu'ils possèdent une connaissance approfondie de tous les éléments de la question.

3^e *De la mélancolie* ; par le D^r Ira Russel, de Wichendon Massachusets.

Après avoir étudié les principaux caractères de cette affection, l'auteur se demande s'il ne serait pas possible de localiser les lésions organiques dont elle est l'effet. Il rappelle des tentatives du même genre faites par Crichton Browne qui veut expliquer par la diversité du siège celle des innombrables formes des maladies mentales. D'après Ferrier, les lobes occipitaux sont probablement le siège des sensations organiques et, par suite, de toutes nos émotions agréables ou pénibles. Ce serait donc ces centres qui seraient affectés chez les mélancoliques, soit primitivement, soit secondairement par suite de quelque une de ces affections viscérales auxquelles les théories anciennes attribuaient une si grande part dans la production de la mélancolie.

— La guérison est pour ainsi dire de règle dans la mélancolie; mais cette guérison peut-elle être considérée comme solide, définitive ? Le D^r Earle fait remarquer que, dans les statistiques, le nombre des guérisons excède de beaucoup celui des malades, ce qui prouve que le même individu a été guéri plusieurs fois, ou, plus simplement, qu'il n'a jamais été guéri. Sans doute, dit l'auteur, les rechutes sont fréquentes, mais celles de la fièvre intermittente ne le sont pas moins lorsque le sujet continue à résider au milieu des marais. S'il avait eu une habitation plus saine il ne serait pas retombé malade. — Il en est de même pour le mélancolique qui restera guéri tant qu'il ne sera pas exposé à des causes de rechute.

1. *Notes cliniques prouvant la conservation de la conscience dans l'épilepsie*; par le Dr Hughes.

L'auteur cite plusieurs observations dont le type général est celui d'un malade qui, après avoir eu des attaques de grand mal, a été amélioré par le traitement et ne présente plus que des manifestations amoindries (mouvements automatiques, aphasie passagère, convulsions partielles), dont il a conscience et conserve le souvenir. La perte de connaissance ne peut donc plus, dit-il, être considérée comme la condition *sine qua non* de l'état épileptique.

50. *Hémiplégie droite avec atrophie cérébrale gauche*; par le Dr H. Mudd, Saint-Louis.

Cette observation est présentée comme une confirmation des doctrines de localisation cérébrale.

NUMÉRO DE JUILLET.

4. *Nature, pathologie et traitement de la chorée*; par le Dr Edward Mann, médecin en chef de la maison de Sunny Side (New-York).

L'auteur insiste surtout sur la pathogénie et sur le traitement de la chorée. Le remède qui lui a donné les meilleurs résultats est l'arsenic employé par la méthode hypodermique; il fait usage de la solution de Fowler, étendue de son poids d'eau distillée pour éviter l'irritation locale qui du reste est le plus souvent insignifiante, même sans cette précaution. La dose employée est d'abord de trois gouttes tous les deux jours pendant une semaine. La semaine suivante, il donne cinq gouttes au lieu de trois, et il continue ainsi à élever la dose de deux gouttes chaque semaine, faisant toujours l'injection seulement de deux jours l'un. Dans les cas récents, un mois à six semaines de traitement suffisent, tandis qu'il faut souvent le continuer pendant soixante ou soixante-dix jours avant d'obtenir la guérison quand le mal est devenu chronique. Quelquefois il est utile d'employer comme adjuvants des applications de glace sur la colonne vertébrale et l'électricité. Enfin, il ne faut jamais négliger l'usage de tous les moyens capables de calmer l'excitation et de favoriser la nutrition du système nerveux.

2. *Illusion, hallucination et « délusion. » Etude différentielle au point de vue médico-légal ; par le Dr Hughes.*

Le manque d'équivalent exact nous oblige à conserver le terme *délusion*, très fréquemment employé par les auteurs anglais et qui n'est pas sans embarrasser quelquefois les étrangers encore peu familiarisés avec la langue. Il faut bien du reste que, même pour ceux qui l'emploient, sa signification précise ne soit pas absolument indiscutable, puisque le Dr Hughes a consacré tout un article à le définir et à le distinguer des deux autres expressions avec lesquelles il peut être confondu.

Dans la langue usuelle, *délusion* signifie simplement erreur de jugement. Pour les aliénistes, il s'applique aux conceptions délirantes et plus spécialement à celles qui sont liées à une illusion ou à une hallucination. Le malade simplement halluciné peut dans certains cas avoir conscience du manque de réalité de ses perceptions. Dans la *délusion*, au contraire, ces perceptions fausses s'imposent à l'esprit comme des vérités et servent de point de départ à des jugements également faux. L'homme en état de *délusion* est nécessairement fou, tandis qu'il n'en est pas de même de l'halluciné, ainsi que le prouvent de nombreuses observations.

3. *Dégradation mentale produite par l'alcool ; par le Dr Wright, de Bellefontaine (Ohio).*

Certains effets de l'alcool ont été bien observés et les statistiques montrent quelle large part doit lui être attribuée comme facteur de la criminalité. Il est d'autres déviations mentales qu'on s'est contenté jusqu'à présent de considérer comme de curieuses exceptions et qui mériteraient une étude plus sérieuse. Cette remarque a été suggérée à l'auteur par un procès récent, dans lequel un individu accusé de faux témoignage invoquait pour sa défense une perte momentanée de la mémoire survenue à la suite d'excès alcooliques. Les médecins appelés à se prononcer sur la validité de l'excuse ne purent se mettre d'accord. L'un d'eux se refusait à admettre la possibilité d'une amnésie passagère chez un sujet qui, quoique alcoolique, n'avait présenté aucun signe de troubles intellectuels, tandis que l'auteur de l'article était d'un avis contraire.

A l'appui de son opinion, il cite une série de six observations empruntées à un travail du Dr Crothers, lesquelles montrent que des individus peuvent agir, faire leurs affaires, plaider, etc.

et ne garder ensuite aucun souvenir de ce qu'ils ont fait. Parmi les sujets de ces observations, deux avaient eu antérieurement des blessures graves de la tête ; un troisième mourut peu après d'une affection cérébrale indéterminée ; un autre était né d'une mère épileptique. Chez plusieurs, une quantité peu considérable d'alcool avait suffi pour déterminer l'amnésie.

Il ne s'agit donc pas, comme on le voit, de manifestations purement alcooliques, mais d'un effet que l'alcool pourrait produire sur des individus qui, par hérédité ou accident, se trouvent dans des conditions nerveuses morbides spéciales. L'intervention de l'alcool comme cause déterminante n'est même pas toujours nécessaire et, dans un autre travail (sur l'œnomanie), l'auteur rapporte deux observations, dans l'une desquelles un pasteur épileptique avait perdu tout souvenir d'un sermon composé et prononcé par lui, quinze jours auparavant, et dans l'autre un avocat paralytique avait de même oublié un plaidoyer récent.

Des faits analogues ont été observés par les D^{rs} Hammond, Hughes et par d'autres autorités. — Ils peuvent être rapprochés des phénomènes de double conscience, dont le D^r Azam a publié une si curieuse observation.

4. *Chiasma optique*. — *Centres visuels*; par le D^r William Dickinson, Saint-Louis.

5. *Du repos dans les maladies nerveuses*; par le D^r John Curwen.

L'auteur rappelle combien le repos est nécessaire pour maintenir l'intégrité des organes et assurer le jeu des fonctions, et il donne au sujet de ce principe d'hygiène des conseils dont le seul défaut est qu'ils sont peu faciles à suivre pour des hommes très occupés.

Le repos est aussi la condition première du traitement dans presque toutes les maladies nerveuses, au moins pendant les premières périodes. — Souvent on conseille de joindre l'exercice physique au repos de l'esprit. Mais cette prescription est plutôt nuisible qu'utile quand le médecin n'a pas soin de la préciser et de mesurer la nature et la quantité de l'exercice à l'état des forces du sujet. Les indications sont bien différentes selon que c'est le cerveau, la moelle ou le système de la vie organique qui souffrent, mais d'une façon générale trop de repos a beaucoup moins d'inconvénients que trop de fatigue.

6. *Un cas de conservation de la conscience pendant un accès épileptique*; par le D^r Clark, aide superintendant de l'asile de Hamilton (Ontario).

NUMÉRO D'OCTOBRE

1. *Sur le traitement privé des aliénés*; par le Dr Ralph Parsons ex-superintendant de l'asile de la Cité, New-York.

Bien que les asiles publics des Etats-Unis aient été beaucoup multipliés et améliorés, ils sont encore très insuffisants pour les besoins de la population. A la suite d'une discussion qui a eu lieu il y a trente ans, la société des superintendants avait décidé à l'unanimité que chacun de ces établissements ne devrait pas contenir plus de deux cent cinquante malades. Mais les besoins toujours croissants et la nécessité d'aménager les asiles de la façon la plus économique n'ont pas permis de tenir compte de ce vœu et, il y a quelques années, la même société s'est vue amenée à exprimer celui que cette population ne dépassât pas le chiffre de six cents malades.

L'agglomération d'un si grand nombre d'aliénés dans le même asile est une de ces nécessités qu'il faut bien subir, mais on ne doit pas perdre de vue les graves inconvénients qu'elle présente. Une discipline sévère et uniforme est indispensable pour maintenir l'ordre dans cette foule où le malade perd pour ainsi dire son individualité. Il s'y trouve plongé dans une atmosphère de folie qui n'est pas moins malsaine qu'une atmosphère de consommation ou de fièvre. Aussi n'est-il pas rare de voir des sujets considérés comme incurables, parce qu'ils sont restés longtemps dans ces asiles sans changement dans leur état, se réveiller et s'améliorer aussitôt qu'on les en tire pour les placer dans des conditions plus favorables.

Plus le nombre des malades est restreint, plus leurs rapports avec le médecin et avec les personnes saines d'esprit qui les entourent sont nombreux. Il devient possible de les observer d'assez près pour tenir compte des particularités de leur caractère et pour ne pas laisser passer inaperçues les modifications qui surviennent dans leur état et qui fournissent de précieuses indications pour le traitement. Les moyens de contrainte peuvent le plus souvent être remplacés par des influences morales.

Nulle part ces conditions ne se trouvent remplies d'une façon aussi complète que lorsque le malade est placé dans une famille sous la direction d'un médecin expérimenté. Le système familial est donc celui qu'il faut préférer lorsque les circonstances le permettent. Il est applicable non seulement aux cas chroniques, mais encore à beaucoup de cas aigus. Cependant il y a

des malades auxquels il ne peut convenir. Ceux qui sont habituellement violents, querelleurs, troubleraient la tranquillité de la famille sans aucun bénéfice pour eux-mêmes, tandis qu'ils cèdent souvent à la discipline d'un asile et se soumettent à la règle en voyant les autres lui obéir. Les malades à personnalité exagérée, qui veulent que tout leur soit soumis, sont dans le même cas.

Malheureusement, le système familial n'est pas toujours à la disposition du médecin. A défaut de la famille, il faut préférer les petits asiles aux grands. Par conséquent les maisons privées, où le nombre des malades est toujours beaucoup moins considérable que dans celles de l'Etat, paraissent à l'auteur offrir en général des conditions plus favorables.

— Il étudie ensuite les indications et les contre-indications des voyages. C'est surtout dans la période de dépression, prodrome commun à diverses formes d'aliénation, que les voyages sont utiles, en éloignant le malade d'un milieu malsain et en lui procurant une distraction qui peut avoir l'action la plus avantageuse sur sa santé physique et mentale. Quand la maladie est confirmée, le repos de corps et d'esprit devient l'indication dominante, et les voyages seraient alors nuisibles et dangereux. Mais ils retrouvent leur utilité dans la convalescence et dans certains états chroniques qui s'éternisent dans les asiles, tandis que le changement de lieu, la liberté, la distraction produisent souvent le plus heureux effet.

A part les cas où il y a lieu d'espérer une très prompt guérison, les aliénés doivent être soignés hors de leur domicile. Ce n'est pas seulement pour le malade lui-même que le maintien au milieu de sa famille peut avoir des inconvénients, mais encore pour les autres membres de cette famille exposés à la contagion d'un mal auquel souvent ils sont héréditairement prédisposés.— Cette prescription ne s'applique qu'aux cas aigus. Quant aux malades chroniques, ils peuvent pour la plupart être soignés chez eux, et souvent même ils y sont beaucoup mieux que dans les asiles.

2. *Codification de la loi commune sur la folie*; par le Dr Edward Mann.

Aux États-Unis, comme en Angleterre, le criterium de l'irresponsabilité est encore, aux termes de la loi, l'incapacité de distinguer le bien du mal. Cette formule, établie d'après les idées qui régnaient au siècle dernier, n'est plus en rapport avec l'état

actuel de nos connaissances et, si elle n'a pas encore été remplacée, il semble qu'elle le doive surtout à la difficulté d'en trouver une qui satisfasse à toutes les exigences. Dans un travail précédent, l'auteur a proposé « l'absence d'empire sur soi-même (*self-control*) produite par une maladie du corps affectant l'esprit. »

Le médecin appelé à examiner un criminel soupçonné de folie doit étudier, non seulement les symptômes que présente actuellement le sujet, mais encore ses antécédents, ses conditions héréditaires, rechercher toutes les causes qui ont pu modifier son état physique et mental. Pour faciliter cette étude, l'auteur a dressé un questionnaire dans lequel il résume sous huit chefs les principaux points sur lesquels l'attention doit être appelée. Il signale et étudie les cas plus particulièrement embarrassants que présentent surtout les épileptiques, les héréditaires, les aliénés incomplètement guéris et ceux qui sont encore à la période des prodromes, spécialement dans la paralysie générale.

3. *Quatre cas d'actions réflexes génitales*; par le Dr E. W. Saunders. Saint-Louis.

Dans ces quatre observations il s'agit de douleurs gastriques existant chez des enfants affectés de phimosis avec adhérences du prépuce au gland, et qui ont disparu après l'opération.

4. *Spasme rythmique persistant*; par le Dr Hughes.

Dr DESMARES.

JOURNAUX ALLEMANDS

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.

ANNÉE 1834 (suite et fin).

8. *Démence aiguë et stupeur (et états analogues)*

Dr Schulé, à Illenau.

Dans un travail publié sous les auspices de Westphal, Binswanger, se fondant sur une observation de démence primitive survenue dans le cours d'une grossesse et rapidement guérie quelques semaines après l'accouchement, n'admet d'autre différence entre la démence primitive aiguë et la démence secondaire que la curabilité qui échoit à la première, et rejette parmi les états de stupeur tous les autres cas de simple obnubilation de la conscience publiés par les auteurs.

D'après lui, la stupeur serait caractérisée par une simple suspension des actes intellectuels, la démence aiguë par une abolition réelle de l'activité cérébrale.

M. Schulé combat cette manière de voir, et part de là pour faire l'histoire clinique complète de la stupeur dont il admet trois formes typiques : stupeur sur-aiguë et aiguë, expression d'un arrêt psychique (moteur et sensible), ayant comme cause une impression douloureuse hallucinatoire ou mélancolique et comme substratum, un sensorium affaibli et passif ; — arrêt psychique de cause organique, survenant subitement ou par degrés et caractérisé par une obstruction psychique pour le monde extérieur, avec complication symptomatique du côté de la motilité, de la sensibilité et de la circulation ; — enfin, stupeur appartenant aux formes de folie systématisée catatonique.

9. *Des frictions sur le crâne dans la paralysie générale progressive.* — Dr Oetéké, à Emden.

Étant donné un homme atteint de paralysie générale, aussi longtemps qu'il n'aura pas été prouvé que, prise à son début, cette affection est absolument incurable, le médecin sera naturellement incité à faire appel à la thérapeutique, ne serait-ce que dans le but de prolonger la vie du malheureux. — Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'on a tenté la révulsion dirigée contre cette redoutable affection : moxas, sétons, grandes vésications, cautères. — Dans les cas où la nutrition est bonne, les forces

conservées, où la marche de la maladie semble devoir être lente et où la démence est peu prononcée, M. Oebéké use de frictions sur le crâne avec un onguent dont voici la composition :

Bichlor. hydrarg.	} à à
Cantharides.	
Liq. stib. chlor. à 40	
Ong. basilic. 40	

On rase la tête dans l'espace d'une pièce de cinq francs, et de préférence sur le pariétal, du côté opposé à celui du corps où se sont produits les premiers accidents de la motilité, et l'on pratique cinq ou six frictions dans les 24 heures. On recouvre ensuite d'un cataplasme et l'on panse avec l'onguent basilicum. La suppuration est rapide.

Des cinq malades de M. Oebéké soumis à ce traitement, les deux premiers sont morts rapidement, sans amélioration. — Chez deux autres, il est survenu une notable amélioration du côté de la motilité, mais sans modification de l'état mental, et la mort a suivi, quelques mois après la cicatrisation de la plaie. Dans le cinquième cas, la suppuration, beaucoup moins longue que dans les cas précédents, n'en produisit pas moins une très notable amélioration motrice, la démence continuant sa marche progressive, et le malade ne mourut que cinq ans après les frictions.

40. *Communication sur l'influence de l'atropine chez les aliénés épileptiques.* — Dr Köllner, près Sarraguemines.

Ce travail n'est destiné qu'à encourager le médecin qui voudrait expérimenter de nouveau l'atropine contre l'épilepsie. Car l'emploi de l'atropine a repris un peu de faveur, basée sur l'action physiologique du médicament, d'un côté, et, de l'autre, sur les modifications de l'innervation vaso-motrice avant, pendant, et après, les attaques.

En effet, sous l'influence de l'atropine, le pouls diminue d'abord, s'accélère ensuite, en même temps que la pupille se dilate. — Avant l'accès, chez certains épileptiques, le pouls est plein, mou ; chez d'autres il est fréquent, dur, et les pupilles sont contractées : avec cette circonstance que, chez les uns et les autres, il prend, après l'accès, des allures diamétralement opposées. De là à tenter de modifier par l'atropine l'état anormal de l'innervation vaso-motrice qui produit l'attaque, et le prévenir celle-ci, il n'y a qu'un pas.

Ce que M. Kœllner peut affirmer, c'est que l'atropine a une action favorable sur l'état général des épileptiques, qui se trouvent plus dispos, se tiennent mieux et plus proprement; les attaques, sans diminuer de fréquence, sont plus faibles, et l'agitation consécutive moins intense. En ce qui concerne la dose, Nothnagel est allé jusqu'à 0,003; Tasalli n'a pas dépassé 0,002. Di-ous en terminant que l'atropine ne présente aucun des inconvénients du bromure de potassium.

41. *Sur la folie systématisée.* — Dr Jung, à Leubus.

La folie systématisée, folie secondaire consécutive à la manie et à la mélancolie, semble augmenter de fréquence, si l'on en croit du moins ce qui se passe à Leubus, depuis une dizaine d'années. A Leubus, depuis 1866, non seulement la folie systématisée est devenue plus fréquente, mais elle domine aujourd'hui par le nombre les autres formes phrénopathiques. A quelle cause rapporter ce phénomène? Au perfectionnement du diagnostic à l'asile de Leubus? Assurément non.

On sait que le passage de la mélancolie et de la manie à la folie systématisée est marqué par une chute de la tonicité psychique, un affaiblissement de la réaction morale. Or, suivant M. Jung, on peut remarquer que la marche de ces affections a subi une transformation anormale, et cette transformation doit être attribuée à la diminution notable de la force, de la vigueur organo-psychique des individus. A la faveur de cette déchéance, les formes maniaques et mélancoliques transitent plus facilement vers les formes de folie systématisée. Telle est la thèse soutenue et développée par M. Jung.

42. *Sur la condamnation des aliénés par les tribunaux.* — Dr Schlager, à Vienne.

Le 13 juin 1881, la cour d'assises de Vienne condamnait la nommée Marie Kruger, pour tentative de meurtre, à huit ans de carcere duro. Après la clôture des débats, un journaliste s'est avisé de découvrir que Marie Kruger avait été traitée antérieurement à l'asile des aliénés de Vienne, et que, la démence ayant été constatée, elle avait été interdite par jugement de tribunal. Cette révélation avait causé une grande surprise et provoqué les polémiques les plus ardentes. On s'étonnait, on doutait même que la justice eût pu ignorer cette circonstance. Marie Kruger, pendant l'information, aussi bien que pendant

les débats, l'avait tenue soigneusement cachée, et l'on en inférait que le traitement des aliénés à l'asile de Vienne devait être bien cruel, puisqu'une ancienne pensionnaire lui préférerait la maison de détention. Après l'asile, les médecins de l'établissement à qui l'on reprochait, comme une légèreté inexcusable, d'avoir provoqué la sortie d'une aliénée non guérie. Tous les articles de journaux, tous les mémoires publiés à ce sujet étaient d'accord sur ce point, que la défense qui plaidait la non-responsabilité et l'accusation qui incriminait la psychiatrie, eussent été moins âpres à la dispute, et que le cours des débats eût été modifié par la connaissance du fait de la séquestration antérieure et de l'interdiction de Marie Kruger. Il est résulté de tout cela que la sentence des juges a été cassée, qu'un nouvel examen de l'accusée a été ordonné et que Marie Kruger, convaincue, non de tentative de meurtre, mais de folie, a été de nouveau séquestrée à l'asile de Vienne.

C'est cette bistoire que reprend M. Schlager, en la faisant suivre des réflexions pratiques qu'elle lui suggère et des leçons qui en découlent.

Dr HILDENBRAND.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie; par Bourneville, médecin de Bicêtre, et H. d'Olier, interne du service. Paris, 1880. — Aux bureaux du *Progrès médical* et chez A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Cette brochure renferme le compte rendu du service de M. Bourneville à Bicêtre, pendant l'année 1880, et une série d'observations recueillies sous sa direction par H. d'Olier, ce jeune médecin dont les premiers travaux étaient déjà connus, auquel un brillant avenir était destiné et qu'une mort prématurée a enlevé récemment à la science.

La troisième section de la division des aliénés de Bicêtre, dont M. Bourneville est le médecin, renferme les épileptiques et les hystéro-épileptiques adultes, les enfants épileptiques ou hystériques et les enfants idiots, imbeciles ou arriérés. — En tout 268 malades. — Voilà un beau champ d'observations pour un spécialiste. Aussi, M. Bourneville fait paraître, depuis quelque temps, tant dans des brochures que dans son journal *les Archives de neurologie*, une série d'études sur l'épilepsie et sur l'idiotie, études cliniques sérieuses et empreintes de ce rigorisme scientifique habituel aux élèves de M. Charcot.

Dans le *compte rendu* du service pendant 1880, la question clinique est naturellement réservée ou à peu près. L'auteur montre d'abord ce qu'était la troisième section des aliénés de Bicêtre avant 1878, et le tableau qu'il en fait d'après ce qu'il a vu lui-même, il a été interne à Bicêtre, et d'après les notes de son chef de service, M. Delasiauve, est réellement attristant. Malgré les réclamations incessantes des différents médecins qui se sont succédé : MM. Delasiauve, Voisin, J. Falret, il faut arriver à l'année 1878 pour voir l'administration se décider à faire quelques améliorations. Aujourd'hui, c'est un peu mieux, mais c'est loin d'être parfait. Ainsi, les enfants *dégradés, gâteux* et qui, à cause de leur faiblesse, vivent à l'infirmerie, n'ont, en tout et pour tout, que cette seule infirmerie qui leur sert de *dortoir, de réfectoire* et naturellement de *salle de réunion*. M. le professeur West, visitant un jour ce quartier, disait : « Chez nous, à Londres, on ne tolérerait pas 24 heures un état de choses aussi révoltant » (p. XVIII). M. Bourneville a déjà

obtenu bien des améliorations et nous sommes convaincu que, grâce à son influence légitime dans le conseil général, influence dont il use surtout dans les questions qui concernent les services hospitaliers, il ne s'en tiendra pas là dans la voie des modifications nécessaires.

Du reste, en dehors de ce point de vue si intéressant, de donner le plus de bien-être possible à ces malheureux déshérités, il y en a un autre plus important encore, c'est celui des résultats obtenus. C'est extraordinaire comme on réussit parfois à relever le niveau moral et physique des idiots à tous les degrés. Mais pour cela, il faut une hygiène entendue, il faut de bons instituteurs et de bons procédés pédagogiques et, ce qui n'est pas moins nécessaire, des infirmiers intelligents et dévoués à leur tâche. Nous trouvons plusieurs observations d'amélioration notable chez des idiots gâteux, dans le *compte rendu*. Les médecins les liront avec un véritable plaisir.

La seconde partie, purement médicale, se compose d'une suite d'observations intéressantes prises dans le service pendant l'année. Plusieurs de ces observations ont paru dans le *Progrès médical*; d'autres ont servi d'éléments pour des thèses; ainsi celle de cachexie pachydermique, M. le D^r Ridet-Saillard la relate dans sa thèse inaugurale. Parmi celles que nous ne connaissons pas, nous citerons ce cas véritablement rare d'un jeune idiot *jeuneur*. Les crises d'abstinence semblent avoir une certaine corrélation avec les crises d'épilepsie. Les deux sortes de crises guérissent, si l'on veut bien considérer une rémission de dix mois comme une guérison, ce qui nous paraît être la vérité chez un enfant. Puis, plusieurs descriptions détaillées d'hystéro-épilepsie chez l'homme. Ensuite, une note sur le traitement des crises convulsives par le bromure d'éthyle en inhalations. Les résultats de ces expériences ne nous ont pas paru bien concluants, cependant il semble que les inhalations font en général finir les attaques. Enfin, des autopsies d'épileptiques morts de maladies intercurrentes. Nous avons remarqué que, dans plusieurs, les lésions macroscopiques étaient celles de la paralysie générale. Nous regrettons qu'on n'ait pas fait l'examen histologique. Les malades étaient déments. Ce sujet nous intéresse spécialement, car nous ne croyons pas que les lésions de la paralysie générale, connues jusqu'à présent, expliquent autre chose que la démence et l'ataxie. La lésion d'où dépend le délire doit être différente.

D^r L. CAMUSET.

Du fractionnement des opérations cérébrales, et en particulier de leur dédoublement dans les psychopathies; par M. le Dr Descourtis (Thèse de Paris, 1882).

L'unité de l'esprit humain doit-elle être acceptée comme un principe évident, indiscutable? Oui, répondent la plupart des philosophes. — Non, ont déclaré de loin en loin des observateurs éminents dont l'opinion prévaudra peut-être un jour.

Dans l'état normal, l'unité de l'esprit est au moins apparente. Mais cette unité est-elle essentielle, indissociable? ou repose-t-elle au contraire sur des éléments multiples qui, habituellement confondus dans une action commune, peuvent cependant dans certains cas se montrer et agir d'une manière bien distincte, soit parallèlement, soit contradictoirement? Cette dernière hypothèse a été puissamment affirmée par les travaux de Carpenter, en Angleterre, et de Luys, en France. Sous les noms de *cérébration inconsciente* (Carpenter), d'*automatisme cérébral* (Luys), ces auteurs ont fait connaître l'indépendance de quelques opérations intellectuelles entre elles, qu'ils ont pu expliquer, d'après leurs recherches anatomo-physiologiques, par l'isolement fonctionnel de certains territoires cérébraux. Si discutable que puisse être encore cette théorie, il faut bien reconnaître cependant qu'elle seule éclaire certains phénomènes de physiologie cérébrale si obscurs jusqu'à ce jour, qu'elle seule surtout permet de saisir le mécanisme de cas bizarres et assez nombreux de folie, tels que ceux de double personnalité, de double conscience, de délire partiel, etc., etc. Il y a donc un intérêt considérable pour les aliénistes principalement à ce que ce point de doctrine soit bien établi, et on ne peut que féliciter M. Descourtis d'avoir eu le courage d'entreprendre cette tâche dans sa thèse inaugurale.

Tout en s'inspirant des idées de son maître, M. Luys, l'auteur a su donner un cachet personnel à son travail, tant par l'exposition toute nouvelle du sujet que par l'interprétation originale des faits cliniques qu'il invoque. L'appui mutuel et constant que se prêtent dans cette étude la clinique et la physiologie, la protège contre les aperçus fantaisistes auxquels il eût été si facile de se laisser entraîner.

Après un résumé rapide des conditions du fonctionnement normal du cerveau basé surtout sur la circulation du sang dans ses diverses régions, M. Descourtis présente et analyse successivement les observations afférentes à son sujet, dont plusieurs

lui appartiennent. Il n'en cite qu'une pour chaque cas déterminé; mais le choix judicieux qu'il a su en faire les rend typiques et donne beaucoup de force à son argumentation.

Des cas les plus simples il arrive progressivement aux cas les plus nets et les plus complets dans lesquels deux courants d'idées différents marchent parallèlement l'un à l'autre sans jamais se rencontrer. L'indépendance fonctionnelle de certaines parties du cerveau et en particulier des deux lobes est ici bien marquée. Elle ne l'est pas moins dans les observations bien connues de Dufay, Azam, Macnish, etc., où l'on voit chez un même individu deux vies psychiques distinctes, se manifestant d'une façon alternante et non plus simultanée.

Certains faits de physiologie expérimentale interviennent à l'appui de cette thèse. L'auteur invoque entre autres ceux de catalepsie et de léthargie unilatérales et simultanées qu'il a provoqués le premier, en 1878, dans le service de M. le professeur Charcot, et qui, répétés et variés après lui par d'autres observateurs, prouvent un état différent bien que contemporain des deux hémisphères cérébraux.

En terminant et sans étudier autrement le côté médico-légal de cette doctrine, M. Descourlis se demande si en présence de ces états psychiques différents, souvent ignorés l'un de l'autre, et constituant par conséquent comme des personnalités distinctes le problème de la responsabilité ne devrait pas se poser sous une autre forme et être résolu comme si on avait affaire à deux individus étrangers l'un à l'autre. C'est une conclusion logique de cette étude; mais que de difficultés dans la pratique!

D^r GIRAUD.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— De la mimique chez les fous; par le D^r Bonnaud; thèse de doctorat. Montpellier, 1882; in 4°.

— De la suppuration en général et des parotidites suppurées en particulier au point de vue de l'évolution de certaines maladies mentales; par le D^r Rabec; thèse de doctorat Paris, 1882; in-8°.

— Asile public d'aliénés de Saint-Robert; compte rendu du service médical pendant l'année 1881; par le D^r Dufour. Grenoble, 1882; br. in-8°.

— Etudes sur le fonctionnement du service des aliénés du

département de la Seine et projet de réformes à introduire dans l'organisation de ce service ; par M. V. Lohrani. Paris, 1882 ; br. in-8°.

— Projecto de regulamento do hospital de alienados do conde de Ferreira no Porto ; par le Dr Antonio Maria de Senna. Coimbra, 1882 ; br. in-4°.

— Ricerche sperimentali intorno alla azione ipnotica e sedativa della paraldeide nelle malattie mentali ; par le Dr Enrico Morselli. Bologne, 1883 ; br. in-8°.

— Fifteenth annual report of the inspector of prisons and public charities of the asylums for the insane and the asylum for idiots of the province of Ontario. Toronto, 1883 ; br. in-8°.

— Twenty-Seventh annual report of the trustees of the state lunatic asylum, at Northampton ; par le Dr Pliny Earle. Boston, 1883 ; br. in-8°.

— De la démence mélancolique ; contribution à l'étude de la périencéphalite chronique localisée et à l'étude des localisations cérébrales d'ordre psychique ; par le Dr A. Mairat. Paris, 1883 ; vol. in-8°.

— Compte général de l'administration de la justice criminelle en France, pendant l'année 1880, et rapport relatif aux années 1826 à 1880. Paris, 1882 ; vol. in-folio.

— The asylum journal for 1882, conducted by the medical superintendent of the public lunatic asylum for British Guiana. Berbice, 1883 ; br. in-4°.

— L'alcoolisme en Belgique ; par M. Léon Lebon, Bruxelles, 1883 ; br. in-8°.

— Névroses des organes génito-urinaux de l'homme ; par le Dr Uitzmann ; traduit de l'allemand par le Dr Henri Picard. Paris, 1883 ; br. in-8° de 100 p. ; prix 2 f. 50, chez J. B. Baillière.

— Neuratrofia ; the cause of inebrity ; a clinical study ; par le Dr Crothers ; Hartford, 1883 ; br. in-8°.

— On the character and hallucinations of Joan of arc ; par le Dr William W. Ireland. Lewes, 1883 ; br. in-8°.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Arrêté du 18 janvier 1883*: M. le D^r MATHIEU, médecin-adjoint de l'asile de Toulouse est nommé médecin adjoint de l'asile de Rennes (place créée) et promu à la première classe de son grade (3,000 fr.).

— *Arrêté du 8 février*; M. le D^r CAILLAU, médecin adjoint de de l'asile Sainte-Gemmes est nommé médecin adjoint de l'asile de Toulouse et promu à la première classe de son grade (3,000 fr.)

— *Arrêté du 17 février*:

M. le D^r HOMÉRY, directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne) est promu à la deuxième classe de son grade (6,000 fr.); pour prendre rang à partir du 1^{er} janvier 1883.

M. le D^r DANTHONY, ancien interne de l'asile de Bron (Rhône) est nommé médecin adjoint de l'asile de Bassens (Savoie) et placé dans la deuxième classe de son grade (2,500 fr.)

LE PROJET DE LOI SUR LES ALIÉNÉS AU SÉNAT.

Le 22 février 1883, le Sénat a élu dans ses bureaux la commission chargée de l'examen du projet de loi portant révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés; la commission est composée de MM. le D^r Frezoul, de l'Ariège, le D^r Bruguerolle, du Cantal; le professeur Dupré, ancien doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, sénateur des Hautes-Pyrénées, Gilbert-Boucher, de Seine-et-Oise, conseiller à la Cour de cassation; Delsol, de l'Aveyron; Tenaille-Saligny, de la Nièvre; le D^r Th. Roussel, de la Lozère; le D^r Rigal, du Tarn, et le D^r Dufay, de Blois.

Dans une première réunion tenue le 26 février, la commission a nommé président M. Dupré, et secrétaire, M. Bruguerolle.

CONCOURS POUR L'INTERNAT DES ASILES D'ALIÉNÉS.

Asiles de la Seine. — Le concours pour l'internat en médecine dans les asiles d'aliénés de la Seine vient de se terminer par la nomination de MM. Doyen, Duhamel, Dericque et Gaudry, internes titulaires; Ladoucette, Manière, Dupin et Grenier, internes provisoires.

Asile d'aliénés de Maréville. — A la suite du concours pour une place d'interne à l'asile de Maréville, M. le préfet, en raison des réserves exprimées par le jury, a décidé qu'il n'y avait pas lieu de nommer un titulaire à l'emploi vacant. Le service d'interne continuera à être fait, jusqu'au prochain concours, par l'interne provisoire actuellement en fonctions.

LES ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Nous empruntons les chiffres suivants au mémoire que le préfet de la Seine vient d'adresser au conseil général :

Le nombre des aliénés du département de la Seine qui ont été traités dans les divers établissements de Paris et des départements s'est élevé, en 1881, à 11.252, soit 335 de plus qu'en 1880.

Par suite des sorties ou décès survenus, le nombre des aliénés restant à sa charge, au 31 décembre 1881, tant dans ses propres établissements que dans ceux des autres départements, était encore de 8,260, chiffre supérieur de 291 à celui de la population des malades en traitement au 31 décembre 1880. La dépense d'entretien de ces malades qui a été de 4,549,632 fr. 42 en 1881, est évaluée pour 1883, à la somme de 4,963,400 fr. L'augmentation est motivée par l'accroissement du nombre des aliénés et par l'élévation des prix de journée dans quelques-uns des asiles départementaux avec lesquels le département de la Seine a passé des contrats pour l'entretien de ses malades.

Les prix de journée ont été fixés comme il suit : Sainte-Anne, 2 fr. 58 pour les femmes et 2 fr. 78 pour les hommes ; à l'asile de Vacluse, 2 fr. pour les femmes et 2 fr. 20 pour les hommes et les enfants de la colonie ; à l'asile de Ville-Evrard, 4 fr. 65 pour les femmes et 4 fr. 85 pour les hommes ; à Bicêtre, 4 fr. 85 ; à la Salpêtrière, 4 fr. 50.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

Chambre des députés. — Commission des pétitions.

Pétition n° 480. — Le sieur Gouteyron, à Abzac (Gironde), se plaint d'avoir été victime d'une séquestration arbitraire de vingt-six mois, et demande à la Chambre de lui faire rendre justice.

Motifs de la Commission. — La signature de la pétition n'est pas légalisée, alors que cette prescription est impérativement exigée par l'article 64 du règlement de la Chambre. M. Gouteyron dans les mêmes conditions avait aussi adressé sa pétition au Sénat. Renvoyée à son auteur pour l'accomplissement de la formalité de la légalisation, M. Gouteyron a répondu ; qu'il ne pouvait demander à un agent du gouvernement de légaliser sa signature, parce que toute sa brochure avait pour but de prouver que le pouvoir exécutif avait rompu, vis-à-vis de lui, le pacte constitutionnel, il n'y avait plus de gouvernement, partant plus d'agents pouvant lui donner une légalisation valable.

La commission propose de passer à l'ordre du jour.

M. Lombard, rapporteur.

Pétition n° 884 (déposée par M. Versigny, député de la Haute-Saône). — M. le Docteur Turck, ancien député à Gray (Haute-Saône), soumet à la Chambre un ensemble de considérations sur la modification de la loi du 30 juin 1838 relative aux aliénés.

Motifs de la Commission. — A la date du 17 novembre 1882, M. le Docteur Turck, ancien député, a adressé à la Chambre par l'intermédiaire de notre honorable collègue, M. Versigny, une pétition sur les modifications à apporter à la loi du 30 juin 1838 relative aux aliénés.

M. le Docteur Turck, à qui sa verte vieillesse permet encore de se livrer aux travaux intellectuels les plus relevés, s'est préoccupé du sort fait aux aliénés dans les asiles consacrés à ces malheureux ; il plaide chaudement leur cause. Pour lui,

ces maisons ont pris une extension trop considérable; l'on y enferme sans discernement suffisant une foule de malheureux que le séjour même à l'asile rend incurables; les plus mauvais traitements leur sont souvent infligés, et un grand nombre, plus du tiers des entrées, succombent dans un court espace de temps; le désespoir entre dans la mortalité pour un facteur important.

Vous le voyez, Messieurs, ce tableau est assez assombri : nous avons voulu n'y rien changer.

Comme remède à cette situation, M. Turck propose d'abord une sélection plus attentive des cas de folie qui doivent déterminer l'internement et le placement dans les familles de ceux des aliénés qui ne paraissent pas dangereux, en leur allouant une partie de la pension qui aurait servi à les entretenir dans un asile. Il cite comme exemple à suivre la colonie de Gheel, en Belgique, où le non-restraint est appliqué à neuf cents aliénés environ. Cependant il préfère encore le séjour dans la famille autant que possible.

Sans vouloir combattre les assertions de M. le docteur Turck, qu'il nous soit cependant permis de faire observer que peut-être il n'établit pas une distinction suffisante entre les divers établissements consacrés à cette triste maladie, entre ceux qui sont l'objet d'une spéculation privée et ceux qui relèvent de l'Assistance publique. Dans ces derniers, en effet, on ne saurait admettre un intérêt quelconque à conserver ou à exploiter les malades, et même à les maltraiter. Que certains asiles privés laissent à désirer, cela est indéniable; que même, dans certains asiles publics, des faits regrettables aient eu lieu, nous le concédons, mais c'est là une exception, exception fâcheuse qu'il faut s'efforcer de faire disparaître dans la mesure du possible.

Si, après la loi de 1838, la population des asiles destinés à recevoir les aliénés s'est considérablement accrue, cela tient surtout à cette cause, que les familles, trouvant dans ces maisons des conditions de traitement et de bien-être qu'elles n'avaient pas trouvées jusqu'alors pour leurs malheureux malades, ont naturellement été amenées à les y placer.

En conclure que les cas d'aliénation ont pris un accroissement démesuré serait une exagération. En effet si on consulte la statistique des années 1875, 1876, 1877, 1878, 1879, 1880, on trouve pour ces six années sensiblement le même chiffre d'entrées pour chacune. Quant à la mortalité, elle est loin d'atteindre le chiffre du tiers, ainsi que l'indique M. le docteur Turck.

Maintenant, tout est-il pour le mieux et n'y a-t-il rien à faire? Nous sommes loin de le prétendre. Ne pourrait-on pas, ainsi que l'indique le docteur Turck, par une sélection plus attentive des cas d'aliénation, diminuer le chiffre de la population des asiles? Obliger ainsi les familles à conserver certains malades et appliquer enfin dans une certaine mesure la pratique du non-restraint? Tout cela est discutable, et comme une commission de la Chambre est déjà saisie d'un projet de modifications à apporter à la loi du 30 juin 1838 sur les asiles d'aliénés, la commission a l'honneur de proposer de renvoyer à cette com-

mission, la pétition de M. le docteur Turck. — (Renvoi à la Commission relative à la revision de la loi sur les aliénés.)

LE PROFESSEUR BOUILLAUD.

Nous nous empressons de reproduire la lettre suivante relative à l'un des maîtres de la science médicale contemporaine ; nous serons heureux de transmettre à qui de droit toutes les souscriptions qui nous seront adressées.

Monsieur et très honoré confrère,

La souscription ouverte par l'Association des Médecins de la Charente pour élever un buste à notre savant maître le professeur Bouillaud a donné un résultat si favorable que nous avons décidé de la continuer pour ériger une statue à notre illustre compatriote.

A cet effet nous avons résolu de nous adresser à tous nos confrères de France, et dans ce but, nous venons faire appel à votre bienveillance habituelle, et nous vous prions de vouloir bien nous prêter la publicité de votre journal, en y ouvrant une souscription.

Recevez, Monsieur le Rédacteur en chef, avec nos remerciements, l'expression de nos sentiments confraternels.

*Le président de l'association des
Médecins de la Charente,
D^r BESSETTE.*

Certamen de médecine mentale. — Une réunion aura lieu les 25, 26, 27 et 28 septembre prochain à Nueva-Belen (Saint-Gervais, près Barcelone), dans le but de discuter un certain nombre de questions relatives à la médecine mentale. Le nom de *certamen* a été substitué à celui de *congrès*, parce qu'il ne s'agit pas d'une assemblée internationale ouverte à tous, mais d'une réunion restreinte, à laquelle sont invités, par lettre de MM. les organisateurs du Congrès, un certain nombre de médecins étrangers.

SOUSCRIPTION POUR LE BUSTE DU D^r MARCHANT

Troisième liste.

MM. Billod.
Giraud.
Sizarct.

MM. Dally.
Guignard.
Petit.

Le montant total de la souscription est aujourd'hui de 420 fr. Les souscriptions dont le chiffre a été fixé à 5 fr. doivent être adressées à M. le D^r Bouchereau, à l'asile Sainte-Anne, à Paris.

AVIS. — Prière au confrère qui a fait remettre le 20 février 1883, 30 francs chez M. le Trésorier de la Société médico-psychologique, de vouloir bien faire connaître son nom et la destination de cette somme.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

Paris. — Imp. de l'Étoile. BOUPET, directeur, rue Cassette, 1.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

CHRONIQUE



Gécité mentale des objets. — Théories diverses des paralysies partielles post-épileptiques. — Rareté relative de la folie tabétique. — Encore la morphiomanie. — Effets différents de l'intoxication par la morphine et par l'opium brut. — Le monde des rêves. — Influence de l'opium et du haschich sur la criminalité à l'île Maurice. — Un aliéné qui réclame sa liberté et qui refuse d'en profiter quand il l'a obtenue.

L'étude attentive des phénomènes morbides présentés par les aphasiques a montré, depuis longtemps, qu'il y a, parmi ces malades, plusieurs catégories à établir. Tandis que les uns sont seulement privés des moyens d'exprimer des idées, qui, d'ailleurs, se forment normalement, d'autres, et ils sont nombreux, sont en même temps plus ou moins incapables, soit de former des idées, soit de comprendre, de percevoir la valeur des sensations qu'ils éprouvent. Ces derniers entendent les paroles prononcées, voient les signes graphiques tracés sur le papier, mais ils ne peuvent comprendre ni ce qu'on dit ni ce qu'on écrit; c'est à eux que s'appliquent, par excellence, les paroles du psalmiste:

« Ils ont des yeux pour ne point voir ; ils ont des oreilles et ils n'entendent pas. » Dans ces dernières années, on a désigné ces symptômes sous les noms pittoresques, mais ayant besoin de commentaires pour être compris, de *surdité des mots*, *cécité des mots* ; on peut regretter que ces dénominations semblent viser l'appareil sensoriel périphérique, l'œil, l'oreille, alors que l'altération matérielle ou fonctionnelle doit être cherchée dans les centres nerveux.

Quoi qu'il en soit de cette réserve linguistique, le fait est vrai et mérite d'être étudié avec soin, comme il l'a été du reste. Nous y faisons allusion, ici, parce qu'il se rapproche d'un symptôme que le journal anglais *The Brain* vient de signaler, d'après les travaux de deux auteurs allemands, les docteurs Furstner et Stenger (numéro de janvier 1883 p. 565), comme se présentant quelquefois chez les aliénés paralytiques, à la suite des attaques épileptiformes ou apoplectiformes.

Dans ces cas, le malade voit les objets et les suit des yeux, mais sans que son esprit forme les idées qui devraient être la conséquence logique de cette vue ; la sensation visuelle n'entraîne pas l'association habituelle d'idées s'y rattachant, ne provoque plus d'action en rapport avec elle. Prenez, par exemple, un bâton allumé, et mettez-le rapidement devant la figure du malade ; celui-ci ne songera pas à se reculer ; peut-être avancera-t-il la main pour saisir l'objet qu'on lui présente. Mettez un obstacle sur son chemin ; il le verra, mais n'en continuera pas moins sa route jusqu'à ce qu'il trébuche. Montrez-lui un verre de vin, et il ne paraîtra pas se douter que ce soit quelque chose à boire ; il faudra que vous appuyiez le bord du verre sur ses lèvres pour qu'il comprenne ce dont il s'agit et qu'il songe à avaler. Il y a donc, chez ces malades, sensation visuelle périphérique, mais absence de perception intellectuelle ou des suites naturelles de cette perception centrale ; si l'on voulait conserver la dénomination citée

plus haut, il faudrait dire qu'il y a *cécité mentale*, non plus seulement des mots, mais de tous les objets.

Les malades observés par Furstner et Stenger n'ont présenté ces symptômes que d'une manière transitoire, une dizaine de jours au plus après l'attaque ; parfois les deux yeux étaient atteints, mais plus ordinairement il n'y en avait qu'un ; tantôt la pupille restait dilatée, tantôt elle avait conservé sa contractilité.

La particularité clinique que nous venons de signaler est importante par elle-même ; elle ne l'est pas moins si on la rapproche d'autres symptômes qui peuvent également se produire à la suite d'attaques épileptiques ou épileptiformes, que celles-ci soient liées à la paralysie générale ou à toute autre cause ; nous voulons parler des diverses paralysies partielles et temporaires, que l'on observe souvent en pareil cas. M. Dutil vient de consacrer à ces accidents, qu'il désigne sous le nom de *paralysies post-épileptoïdes transitoires*, un mémoire auquel on pourrait reprocher, de ne pas tenir un compte suffisant des travaux antérieurs publiés sur le même sujet. (*Revue de médecine*, numéro de mars 1883, p. 164.)

Dans la partie théorique de son étude, M. Dutil examine deux hypothèses de physiologie pathologique, qui ont été proposées pour expliquer la production de ces paralysies partielles et transitoires.

D'après l'une, elles seraient produites par un état de congestion asphyxique du cerveau, dû à des extravasations sanguines survenues pendant l'attaque. Pour combattre cette manière de voir, M. Dutil reproduit les objections qui lui ont été faites par Huchings Jackson et qui consistent à dire que la congestion asphyxique doit être forcément généralisée et non localisée ; que la paralysie occupe toujours les muscles et groupes de muscles qui ont été le plus violemment convulsés ; que s'il se produisait des petites extravasations san-

guines, on ne saurait admettre que leur siège fût toujours le noyau moteur de ces muscles ; qu'enfin les paralysies partielles peuvent succéder à des attaques d'épilepsie partielle pendant lesquelles la respiration n'a pas été compromise.

L'autre explication, déjà donnée par Todd et Robertson, reproduite par Hughlings Jackson et admise par Dutil, est celle de l'épuisement nerveux, localisé, consécutif à l'exaltation fonctionnelle. Cette dernière se traduit par des convulsions dans le domaine musculaire qu'anime le centre moteur affecté ; l'épuisement nerveux se traduit par la paralysie.

Hughlings Jackson, on le sait, considère les attaques convulsives comme le résultat de décharges répétées, parties des centres moteurs corticaux ; la paralysie consécutive n'est, d'après lui, que la conséquence de l'épuisement résultant de ces décharges.

Cette interprétation est sans doute séduisante, et l'autorité des savants qui l'ont proposée ne saurait être discutée ; il ne nous semble pas, cependant, qu'elle soit à l'abri de sérieuses objections. On observe très souvent, à la suite des attaques épileptiformes, en même temps que des paralysies partielles dans le domaine musculaire qui a été le siège des convulsions, des troubles aphasiques également partiels et transitoires. Dira-t-on que ces troubles tiennent à l'épuisement de l'influx nerveux des centres moteurs de la parole articulée, influx qui s'est dépensé avec excès par des décharges exagérées ? Cela serait difficile à admettre, puisque, pendant l'accès convulsif, toutes les fonctions de relation sont suspendues. Les phénomènes de décadence mentale, signalés par les D^{rs} Furstner et Strenger, se prêtent à un raisonnement analogue ; on ne voit pas comment le centre cérébral de la perception visuelle, ou les régions d'élaboration intellectuelle associées à ce centre, se trouveraient épuisés par une dépense inusitée d'influx nerveux, pendant l'accès convulsif.

D'un autre côté, si à la suite d'accès de ce genre, on observe, à la fois, des paralysies musculaires et d'autres accidents de nature paralytique, comme l'aphasie ou la cécité mentale, il semble que le mode de production de tous ces symptômes doit être le même ; le fait seul qu'une théorie peut s'appliquer aux paralysies musculaires, mais qu'elle n'est acceptable ni pour l'aphasie, ni pour la cécité mentale, est bien de nature à donner des doutes sur son exactitude.

Il faut donc chercher ailleurs quelque mode d'explication qui puisse s'appliquer aux différentes variétés de suspension fonctionnelle, que celle-ci se produise dans le domaine de la motilité, de la sensibilité ou de l'intelligence.

Nous ne saurions prétendre résoudre, à la légère, un problème aussi difficile ; mais nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que l'intervention des nerfs vaso-moteurs pourrait permettre d'expliquer par un processus uniforme ces manifestations morbides si diverses.

Si l'on admet, en effet, que les vaisseaux des différents départements cérébraux peuvent être, indépendamment les uns des autres, contractés ou dilatés, sous l'influence du grand sympathique, on comprend qu'à la suite de l'irritation bulbaire ou corticale qui, suivant les cas, aura été le point de départ d'une crise convulsive générale ou partielle, tels ou tels de ces départements pourront rester dans un état d'ischémie ou d'hyperhémie incompatible avec un exercice régulier de leurs fonctions ; il en résultera, suivant la nature de ces fonctions, une suppression ou une diminution d'exercice musculaire, sensitif ou intellectuel, c'est-à-dire des symptômes variés de paralysie ; mais comme des troubles vasculaires, sous la dépendance du grand sympathique, sont rarement complets et ne sont jamais définitifs, les paralysies consécutives aux attaques convulsives sont le plus souvent partielles et toujours temporaires.

Sans doute on a beaucoup usé et abusé, en physiologie pathologique, des vaso-moteurs et du grand sympathique ; sans doute aussi, on ne fait en les invoquant que reculer la difficulté, sans dégager toutes les inconnues ; mais quelles sont donc les théories qui échappent à ces critiques ?

Les idées qui précèdent peuvent être rapprochées utilement de celles exprimées dans la communication faite par M. le professeur Ball, sur les *ischémies cérébrales fonctionnelles*, devant la Société médico-psychologique (séance de février 1883) ; elles nous paraissent aussi confirmer plutôt qu'infirmer la corrélation que nous avons cru devoir signaler, à la suite de cette communication, entre les faits cliniques rapportés par M. Ball et l'épilepsie.

Tout en rendant compte, dans notre précédente chronique, de l'opinion de M. le professeur Pierret sur les relations de cause à effet qui peuvent exister entre le tabes dorsalis et certaines formes déterminées de l'aliénation mentale, nous disions que les faits justifiant cette opinion doivent être rares. Nous trouvons un nouveau motif de faire cette réserve dans un travail de MM. Marie et Walton publié par la *Revue de Médecine* (n° de janvier 1883, p. 42) et intitulé : « Des troubles vertigineux dans le tabes ou vertige de Ménière tabétique. »

Les auteurs se sont proposé d'étudier les troubles auditifs qui se produisent dans le cours de l'évolution de l'ataxie locomotrice, troubles moins communs, disent-ils, que ceux de l'appareil oculaire. Leurs observations ont porté sur vingt-quatre femmes tabétiques, admises à la Salpêtrière après avoir séjourné un temps plus ou moins long dans divers hôpitaux de Paris ; le diagnostic peut donc être considéré comme à l'abri de toute discussion, et l'affection, toujours ancienne, devait se présenter avec son cortège complet de symptômes.

Sur ces vingt-quatre malades dix-sept ont éprouvé, d'une

manière incontestable, des troubles sensoriels des organes de l'ouïe: sifflements, bruits de cloches ou de chemin de fer, et même illusions ou hallucinations. Ces symptômes s'accompagnaient de vertiges et de troubles de la sensibilité générale; le vertige surtout était assez constant et assez intense pour rappeler la maladie de Ménière; chez la plupart de ces femmes, on observait, en même temps, des phénomènes morbides de la vision. Chez aucune il ne paraît y avoir eu de perversion intellectuelle notable; ni, à plus forte raison, de délire systématisé des persécutions. Les auteurs, il est vrai, ne se prononcent pas d'une manière formelle sur ce point. Mais à l'occasion de l'obs. I, ils disent que la malade, au moment de ses vertiges, éprouvait un sentiment assez prononcé d'agoraphobie ou peur de l'espace, et ils mentionnent chez le sujet de l'obs. VII, une certaine peur, la nuit, quand elle restait sans veilleuse. Ils ont noté, dans ces deux cas, des particularités psychiques de peu d'importance; on ne peut supposer qu'ils aient laissé passer, sans en tenir aucun compte, de véritables signes de délire, tels que ceux présentés par les malades de M. Pierret.

Il est donc présumable, à moins de constatations nouvelles, résultant d'une observation plus minutieuse, maintenant que l'attention est appelée sur ce point, que les cas de folie tabétique sont très exceptionnels; raison de plus pour les rechercher avec soin, et pour ne laisser passer aucune occasion de publier les faits qui s'y rattachent.

La Cour de Dijon a jugé, dans les premiers jours de mars, la femme qui était accusée d'avoir noyé une petite fille dans un canal, et qui prétendait ne pouvoir fournir aucun renseignement précis sur ce qui s'était passé pendant la journée du crime, parce qu'elle se trouvait alors, disait-elle, dans une période d'inconscience, résultat d'habitudes invétérées de morphomanie. Le procès a occupé trois audiences.

Deux médecins aliénistes, d'abord M. le D^r Marandon de Montyel à Dijon et ensuite M. le D^r Blanche à Paris avaient été successivement chargés d'étudier l'état mental de l'accusée; ils ont été entièrement d'accord pour soutenir qu'elle n'était ni aliénée, ni irresponsable, et que, parmi les troubles nerveux qu'elle accusait, la plupart, pour ne pas dire tous, étaient simulés. Cependant, en raison des antécédents héréditaires et de l'état maladif de cette femme, ils ont proposé, en sa faveur, des circonstances atténuantes qui ont été accordées par le jury. La nommée F... a été condamnée à vingt ans de travaux forcés, et il est probable qu'elle donnera pas mal d'occupation aux médecins des établissements pénitentiaires où elle aura à subir sa peine. Voici donc un nouveau cas où la morphiomanie a été invoquée par la défense, comme cause d'irresponsabilité, et où cette excuse n'a paru valable ni aux experts médicaux, ni aux juges.

La question continue, du reste, à être à l'ordre du jour, à la fois dans la littérature légère, dans la presse et devant les sociétés savantes.

Tandis qu'un roman parisien, postérieur à l'*Evangeliste*, prenait pour héroïne une grande dame russe, baptisée du sobriquet de Princesse Morphine, et utilisait les cicatrices nombreuses et rapprochées, déterminées par une habitude constante des injections hypodermiques, comme un moyen médico-légal de reconnaître l'identité du cadavre d'une femme assassinée et décapitée; tandis qu'une duchesse, actrice principale d'un des drames les plus mouvementés de la vie réelle, mourait dans des conditions aussi poignantes que celles d'un roman à sensation, et que les articles de journaux, s'entrecroisant sur sa tombe non encore fermée, montraient qu'elle, aussi, était une victime de la morphine à outrance, M. Dally dénonçait, devant la *Société de thérapeutique*, l'abus de cet alcaloïde comme un véritable danger public! Il ajoutait, et ceci constitue, nous le croyons du

moins, une notion nouvelle, que, d'après ses observations, l'hydrothérapie resterait ordinairement sans action chez les hystériques morphiomanes; il est vrai que, le plus souvent, ces malades ne persistent pas longtemps à faire usage de l'hydrothérapie; elles s'empressent d'abandonner l'eau froide pour retourner à leurs piqûres de prédilection, sans lesquelles elles ne peuvent plus vivre. A la suite de cette communication, MM. les Drs. Moutard-Martin, Créquy, Dujardin-Beaumetz, Blondeau, ont cité des faits qui contribuent à montrer les dangers de l'abus des injections de de morphine. (Séance du 28 février 1883. *Gazette hebdomadaire* du 9 mars, p. 473.)

L'intérêt qui s'attache à cette question rend de l'actualité aux descriptions données, depuis plus ou moins longtemps, par différents auteurs, des phénomènes physiologiques ou pathologiques produits, non plus par l'abus de la morphine, mais par celui de l'opium brut, qu'il soit absorbé à l'état de vapeur, par les fumeurs d'opium, ou à l'état solide par les mangeurs d'opium. Il serait, croyons-nous, fort intéressant de faire une étude comparative de ces différents modes d'intoxication, en prenant pour base de cette étude des faits cliniques, observés avec précision et suffisamment nombreux. On constaterait, pensons-nous, des différences très notables entre les effets de l'opium en masse et ceux de son principal alcaloïde isolé de ses autres éléments. Sans doute le morphiomane et l'opiophage finissent, tous deux, par arriver à un état d'affaiblissement général, d'épuisement nerveux qui est peut-être comparable; mais les phénomènes intermédiaires qui conduisent de l'habitude à son début, jusqu'à cet abrutissement terminal, peuvent être loin de se ressembler. Les personnes adonnées aux piqûres de morphine ont besoin de recourir, sans cesse, à de nouvelles injections, parce que celles-ci leur procurent une excitation dont elles ne peuvent plus se pas-

ser; mais elles n'éprouvent pas, d'ordinaire, de troubles intellectuels bien manifestes, ni de phénomènes hallucinatoires. Elles tiennent leur place habituelle dans la société où nous pouvons les coudoyer tous les jours, sans qu'aucun signe particulier les signale à notre attention. Il ne paraît pas en être de même de ceux qui font abus de l'opium brut et l'on pourrait dire que la complexité de la drogue employée, se traduit par la complexité des troubles nerveux qu'elle produit.

On trouvera des renseignements intéressants à cet égard dans le récent livre de M. le Dr Max Simon, intitulé le *Monde des rêves*. Cet ouvrage, rempli de faits attachants et d'une lecture constamment agréable, dénote une grande érudition, à la fois scientifique et littéraire. En ce qui concerne le point qui nous occupe en ce moment, on y trouve de nombreux extraits d'un curieux livre anglais, les *Confessions d'un mangeur d'opium à glais* par T. de Quincey, qui a été partiellement traduit en français par Ch. Baudelaire. (V. *Les torturés de l'opium, Les Paradis artificiels*, œuvres de Baudelaire, t. IV.)

Dans un chapitre, écrit avec talent, M. Max Simon rapproche les uns des autres les phénomènes d'intoxication déterminés par l'opium et ses sels, par le haschich, par l'alcool. Il aurait pu ajouter à cette liste, l'éther et le chloroforme qui, paraît-il, font aussi de nombreuses victimes, surtout en Angleterre et en Amérique. Partout l'homme a besoin d'engourdir ses maux physiques et de stimuler ses facultés intellectuelles, et, de l'usage modéré, il tombe trop souvent dans l'abus qui peut promptement devenir fatal.

Nous trouvons de nouveaux renseignements sur l'influence que divers modes d'intoxication, d'un usage répandu dans le peuple de certains pays, peuvent exercer sur la criminalité, dans un mémoire de M. le Dr Pellercau,

ayant pour titre : « De la médecine légale à l'île Maurice. » (*Annales d'hygiène et de médecine légale.* — Mars 1883, p. 222.)

La race chinoise constitue une partie considérable de la population ouvrière de cette île; en même temps qu'elle y conserve sa sobriété et son aptitude au travail, elle n'y apporte que trop souvent, comme un témoignage de son origine, une passion effrénée pour l'opium.

L'abus de ce poison, en fumée, rend les yeux ternes et éteints, la physionomie hâve et fatiguée; à l'hébétéude des traits, à la maigreur du corps, au caractère chancelant de la marche, on reconnaît ceux qui en font usage; en outre, ils deviennent sujets à des hallucinations variées qui se terminent souvent par l'homicide. « C'est ainsi, ajoute le » Dr Pellereau, que nous avons été appelé comme expert » médical, dans une affaire où un Chinois, grand fumeur » d'opium et charcutier, se leva subitement et saisit un » couteau, avec lequel il trancha le cou de son camarade, » croyant tuer un porc pour le débit du lendemain. L'en- » quête ne révéla aucun soupçon. D'un autre côté, averti » que l'opium donne lieu à des hallucinations, il n'est pas » rare de voir des criminels s'en emparer comme moyen de » défense et prétendre avoir agi sous l'influence de cette » substance. Dans ce cas, il est facile au médecin légiste, » en se mettant au courant de l'acte commis, de recon- » naître la vérité et d'éclairer la justice. »

Différent dans ses effets physiologiques, mais analogue dans ses résultats sociaux, est l'abus, très fréquent aussi, à l'île Maurice, des fleurs de cannabis indica fumées dans de petits cylindres de terre cuite. Ce ne sont plus les Chinois qui ont l'habitude de s'intoxiquer de cette manière; ce sont les Indiens et les créoles. « Le fumeur de gunjah » (tel est le nom donné à la drogue en question) a les yeux » cerclés, brillants et humides.

» Sous l'empire d'une surexcitation morale et physique,

» il parle beaucoup et avec animation. Ses gestes sont vifs
» et sa parole saccadée. D'un caractère querelleur et agressif, il devient souvent dangereux lorsque la stimulation
» provoquée par le poison est poussée jusqu'à ses dernières
» limites. Sous son influence, il lui arrive alors de voler
» ou de tuer ; nos prisons regorgent d'individus de cette
» espèce. »

L'alcool n'est-il pas aussi, chez nous, un des grands pourvoyeurs, le plus grand peut-être, des bagnes et des maisons centrales ? Seulement, variant dans ses effets, suivant le tempérament du consommateur, il produit tantôt le délire hallucinatoire et l'abrutissement terminal du fumeur d'opium, tantôt la fureur maniaque du fumeur de gunjah ! Sous ce rapport, l'Orient et l'Occident n'ont donc rien à se reprocher l'un à l'autre !

Nous terminerons cette chronique en reproduisant une anecdote que nous trouvons dans le rapport du Dr Charles Nichols, directeur-médecin de l'asile de Bloomingdale près New-York, sur le service de cet établissement pendant l'année 1862.

« Au commencement de juillet, dit le Dr Nichols, un homme traité dans l'asile comme aliéné fut déclaré sain d'esprit par le jury, à la suite d'une enquête de *lunatico inquirendo*. L'affaire avait occupé plusieurs audiences ; cinq médecins, dont trois étaient des spécialistes bien au courant de l'histoire pathologique de cet homme, et cinq autres témoins étrangers à l'art médical, mais bien placés par leur observation personnelle pour s'être formé une opinion raisonnée sur son compte ; avaient certifié la réalité de l'aliénation mentale. Leurs témoignages ne pouvaient laisser aucun doute dans l'esprit des personnes tant soit peu familiarisées avec la connaissance des maladies intellectuelles. Un seul médecin, non spécialiste, et deux ou trois autres personnes avaient dit, avec hésitation, que, d'après eux, les

idées et les actes du sujet pouvaient être compatibles avec l'intégrité de la raison ; naturellement, le malade lui-même avait affirmé la parfaite rectitude de son intelligence.

Immédiatement après que le verdict libérateur eut été rendu par le jury, notre homme rentra à l'asile. On savait qu'il était parfaitement au courant de ce qui venait de se passer. Néanmoins on s'empessa de lui dire qu'il était libre de partir et d'aller à ses affaires ; il n'en fit rien.

Plus tard, lorsque la Cour eut notifié la sentence par laquelle elle approuvait le verdict et prononçait la sortie, l'homme en question fut invité, par écrit, à quitter la maison et à retourner à ses occupations antérieures, comme il avait promis au jury de le faire s'il recouvrait sa liberté. Il refusa avec persistance de sortir de l'asile, et il s'y trouve encore, exactement dans le même état mental qu'au moment où l'enquête a eu lieu. Jusqu'à présent je me suis abstenu de recourir à la force pour le mettre dehors ; ce serait cependant la seule manière de le faire sortir et de le tenir à distance. »

L'aventure est singulière, et la conduite à tenir en pareil cas doit être, en effet, fort embarrassante ; mais c'est là une difficulté que les médecins d'asiles ne sont pas exposés à rencontrer souvent dans leur pratique.

A. F.

Pathologie

LES ENFANTS MENTEURS (1)

Par le Dr G. E. BOURDIN

MÉMOIRE LU A LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

DANS LES SÉANCES DU 13 ET DU 27 NOVEMBRE 1882.

(Suite et fin.)

G. *Le mensonge joue un grand rôle dans la défense de l'enfant.* — Il a recours à ce moyen pour éviter de simples reproches, ou pour échapper à des corrections méritées. Il semble que l'enfant ayant le sentiment de son impuissance physique, préfère recourir à la ruse plutôt que d'entamer le combat à armes inégales. En cette circonstance, l'instinct est bon conseiller.

La sévérité de certains parents à l'égard de leurs enfants leur inspire une sorte de terreur malsaine qui les conduit à recourir aux faux-fuyants ou au mensonge dans le but de se soustraire aux mauvais traitements dont ils sont menacés. Les parents qui sont assez ignorants ou assez pervers pour obliger leurs enfants à recourir au mensonge méritent un blâme sévère.

Une sorte de hobereau désœuvré avait un fils qui suivait

(1) Voir la première partie dans le numéro de janvier 1883.

les cours de l'école primaire. Le père passait la moitié de sa vie à jouer aux dominos. Son plaisir, en arrivant au lieu du rendez-vous, était de raconter les nouvelles du village. Le fils reçut de son père l'ordre de lui apporter, chaque jour, au moins une nouvelle vraie ou fausse. Une punition sévère devait suivre la désobéissance. L'enfant chargé de suppléer, au besoin, à la disette de nouvelles, prit l'habitude de faire des contes de toutes pièces. Il avait de l'esprit; il joua bien son rôle. Malheureusement, l'habitude acquise des improvisations mensongères se conserva pendant toute la vie, au grand dommage du menteur.

Un enfant fut admis à l'hôpital. Il paraissait âgé de 6 à 7 ans. La physionomie de ce petit garçon exprimait l'intelligence. Il comprenait ce qu'on lui disait, et exécutait les ordres reçus, mais il restait absolument muet. Ce mutisme dura un an. Pendant tout ce temps, l'enfant fut surveillé avec un soin particulier. Ni les petits camarades, ni les infirmiers, ni les religieuses ne purent obtenir autre chose que des signes. Un jour cependant une parole sortit de la bouche de l'enfant. Un infirmier l'entendit. Un colloque s'établit entre le surveillant et le prétendu muet. L'enfant avoua qu'il savait parler comme ses petits camarades. Il s'était tu parce que son père l'avait menacé de le faire mourir s'il disait un seul mot. Effectivement cet enfant n'a jamais osé faire connaître ni le nom, ni la demeure de ses père et mère. Les renseignements fournis à ce sujet et d'ailleurs sur d'autres faits intéressants furent presque tous reconnus comme mensongers.

Un autre petit garçon, trouvé sur la voie publique à Paris, fut conduit à l'hôpital. On essaya de remonter à la famille de cet enfant. On l'interrogea. A toutes les questions il répondit invariablement par un récit identique et comme stéréotypé. Placé dans la voiture d'un boucher, il avait été amené à Paris, déposé au milieu d'une rue, ayant pour toute provision de bouche, une miche de pain et un

morceau de fromage de Gruyère. Cet enfant n'a jamais consenti à faire aucune déclaration concernant son état civil, et il a refusé tout renseignement relatif à sa famille. — Ce petit malheureux ne manquait pas d'intelligence, ce qui lui permit de se dérober, avec art, aux questions qui lui furent posées. Une fois, et comme par mégarde, il laissa échapper le nom d'un marchand de tabac qu'il connaissait. Tous les marchands de tabac de France portant le nom indiqué furent interrogés, tous donnèrent des renseignements négatifs. — Le nom d'un village situé dans l'ancienne province de Franche-Comté fut prononcé par l'enfant; les recherches dirigées de ce côté restèrent infructueuses. L'enfant s'est toujours refusé à faire connaître la vérité sur sa personne, sur sa famille et sur sa demeure. Les renseignements obtenus de lui, par surprise, étaient tous erronés. Cet enfant était doué d'intelligence, ses fausses déclarations doivent donc être mises au compte du mensonge.

D. *Le mensonge considéré comme arme d'attaque.* — Le mensonge est une arme terrible dans la bouche des méchants. Les êtres qui font le mal pour le mal, ne sont pas très rares. Ils paraissent même nombreux parce qu'ils prennent des travestissements différents. L'un se fait serpent, l'autre se couvre de la peau du lion. Celui-ci arbore franchement le drapeau du combat; c'est le moins à craindre. Le premier est le plus redoutable parce qu'il agit dans l'ombre. Il dissimule les motifs qui le font agir. Il affecte les dehors de la candeur et de l'honnêteté. Sa sincérité apparente a pour but de lui amener une clientèle de partisans derrière lesquels il se cache pour lancer, à son aise, le venin de la calomnie. Bandits de la pire espèce, hypocrites sans vergogne, ils recrutent des complices parmi les niais ou les faux dévots. Ces êtres méprisables pratiquent, avec une infernale adresse, un jeu qui leur réussit ordinairement. Non contents d'être les

persécuteurs de ceux dont ils sont devenus volontairement les ennemis, ils ont encore l'art de se faire passer pour victimes. Si la vérité était moins timide, si elle osait opposer audace à audace, elle aurait le droit de s'écrier avec indignation : « Arrière ! colombes du crime ! »

Les menteurs méchants ne cèdent guère qu'à un petit nombre de mobiles, tels que la cupidité, les passions haineuses, l'esprit de persécution. Néanmoins, et malgré les croyances contraires, j'affirme que les enfants figurent, en grand nombre, dans cette catégorie de menteurs.

L'amour de l'argent s'explique sans grand commentaire. Quelquefois on parvient à le dissimuler sous les apparences d'un faux désintéressement : désintéressement apparent, qui ne peut s'accomplir qu'à l'aide du mensonge. Si je voulais entamer la question des menteurs cupides qui descendent jusqu'au vol, j'aurais à dérouler un long chapitre dans lequel apparaîtraient les scènes les plus ignobles. Les voleurs ne travaillent pas tous sur la voie publique ou dans la forêt de Bondy ; on les trouve dans l'intérieur de certaines familles qui passent pour fort respectables. Là, règne un désir immodéré des richesses qui arme les enfants contre les parents, et quelquefois, hélas ! les parents contre leurs propres enfants. Ecoutez ces bons parents. Leur cœur déborde de tendresse, et leur unique préoccupation est de mettre à l'abri les intérêts de leurs chers enfants. Vite, on appelle un notaire. Un acte en règle, dûment enregistré, ne tarde pas à soustraire les enfants aux périls de la possession des richesses et le tour est joué. — Le faux désintéressement dont je parle se retrouve souvent dans les affaires judiciaires, ayant pour escorte la calomnie. Celui-là est moins difficile à découvrir, il est rare qu'il ne se dévoile pas spontanément.

Les passions haineuses telles que la jalousie, la vengeance, la colère, etc., trouvent, dans le mensonge, des aliments propres à se satisfaire. Ces passions sont l'apanage des

âmes basses. On a fait la remarque que les motifs allégués pour légitimer la mise en œuvre des passions haineuses ne sont très souvent que des prétextes destinés à dissimuler le véritable motif de l'action. En parlant et en agissant contre la vérité, on court la chance de conquérir la sympathie et le concours de la galerie. Les menteurs ne l'ignorent pas.

L'esprit de persécution a sa raison d'être dans l'état mental du menteur. Les persécuteurs dont j'ai entretenu la Société médico-psychologique, occupent un triste rang parmi les êtres tarés que je désigne sous le nom d'*anomaliens*.

Ces anomaliens se caractérisent particulièrement par un défaut d'équilibre dans leurs facultés cérébrales. On rencontre quelquefois chez eux, à côté de facultés intellectuelles brillantes, des facultés morales endormies. Le contraste qui en résulte produit un ensemble mental difficile à comprendre, et qui cependant jette une certaine lumière sur certains actes étranges accomplis par ces êtres mal organisés. Quand les anomaliens adoptent le mensonge comme moyen d'action, ils vont droit au but, négligeant assez souvent de se couvrir par des prétextes dont ils font peu de cas. Ils frappent l'ennemi, et cela leur suffit.

Les enfants sont accessibles à la cupidité, à la haine, à la vengeance, aux inimitiés, à la jalousie, surtout, et, à bien dire, à presque toutes les passions qui troublent le cœur de l'adulte. On peut donc chercher la source de leurs mensonges dans le dédale des passions; on a grande chance de l'y trouver.

L'intelligence n'exclut pas la méchanceté. On retrouve cette dernière en compagnie des facultés intellectuelles dans toute la série de leur développement. L'obnubilation seule de ces facultés ne laisse pas de place à la méchanceté.

Les êtres les plus heureusement doués sous le rap-

port de l'instruction et de l'éducation ne réservent pas entièrement leur cœur, leur âme, leurs forces pour les bonnes actions. C'est pour cette raison que l'on rencontre si souvent parmi les gens du monde, l'alliance du mensonge avec les plus belles facultés intellectuelles. L'éducation et l'instruction apprennent à jeter un vernis sur les paroles et sur les faits contraires à la vérité, mais ce vernis trompeur ne détruit pas la nature même des faits condamnables que nous signalons.

Les menteurs dont l'esprit a été cultivé sont plus coupables que ces pauvres déshérités de l'intelligence qui ont de la peine à discerner le bien du mal. Ceux-ci, emportés par la fongue des intérêts, s'abandonnent, sans arrière-pensée, au mensonge. Il suffit qu'ils y trouvent une certaine satisfaction. Pour les êtres dégradés auxquels je fais allusion, le mensonge est un moyen simple d'arriver à un but déterminé. La notion morale de la vérité et du mensonge, se perd, pour eux, dans les nuages d'une métaphysique au-dessus de leur portée.

Je blâme les menteurs intelligents, mais je n'absous pas en masse les idiots. La Société médico-psychologique sait très bien qu'il y a un tri à faire parmi ces derniers. Quelques-uns d'entre eux n'échappent pas entièrement à la responsabilité. Je veux parler de ces idiots qui, au milieu de la nuit intellectuelle dans laquelle ils sont plongés, conservent encore de rares rayons d'intelligence qui jettent un certain éclat. Je me contenterai, à cette occasion, de rappeler un fait qui me semble intéressant.

Un idiot microcéphale n'avait jamais pu apprendre à écrire, et, à plus forte raison, à lire. Fils d'un honorable commerçant, on n'avait jamais pu utiliser ses minces aptitudes à un travail quelconque. Sur tous les points, un seul excepté, son intelligence était en défaut. Il n'avait, s'il était permis de s'exprimer ainsi, qu'un morceau d'intelligence. Or, ce morceau était consacré au mal. Incapable

de faire le bien, notre homme s'appliquait entièrement à la malice. Il avait l'art de jeter la discorde partout où il se montrait. Calomnier tout le monde, faire punir les parents, les condisciples; maltraiter les animaux; ménager les serviteurs le moins possible, briser les meubles en secret; déchirer les vêtements qui ne lui appartenaient pas, et mille choses analogues, étaient les objets de ses plus vives préoccupations. Cet homme hypocrite et doucereux était redouté de tous ceux qui l'entouraient. Quand il avait réussi à commettre quelques-uns des méfaits dont il était si amoureux, son visage s'illuminait d'une joie qu'il ne pouvait dissimuler. Parvenu à l'âge d'homme, il fut ce qu'il avait été dans sa jeunesse, méchant et menteur.

Cet idiot offre à la psychologie l'exemple curieux d'un personnage mal équilibré et mal pourvu sous le rapport de la somme de ses facultés, et néanmoins capable de manier le mensonge et la calomnie avec une habileté surprenante. Pour l'accomplissement de ses mauvais desseins il trouvait, en lui-même, les ressources les plus variées et les plus subtiles.

La classe des menteurs méchants est nombreuse. Elle ne renferme pas seulement des idiots. Les diverses maladies de l'appareil nerveux fournissent un nombreux contingent. Parmi ces maladies, l'une d'elles jouit d'une mauvaise réputation bien méritée, je veux parler de l'hystérie. Dans un rapport médico-légal M. le Dr Védie s'exprime ainsi : « C'est un » des caractères de la folie hystérique que les femmes qui » en sont atteintes ne reculent ni devant le mensonge ni » devant la calomnie pour atteindre un but que l'on ne » s'explique pas toujours » (*Annales médico-psychologiques*, t. VIII, page 239, 1882). Il me semble que les aliénistes partagent tous le même avis.

Au-dessus des malades, et au premier rang, il faut placer les anomaliens, qui ne se font nul scrupule de mettre le mensonge au service de leurs passions et de leurs intérêts.

VI. — *Le mensonge instinctif ou sans raison.*

Parmi les faits de l'ordre instinctif ou impulsif, si l'on veut, le mensonge tient un rang marqué. L'expression de ce fait n'est pas une nouveauté pour nous.

Pierre Corneille, qui n'était pas seulement un habile littérateur mais un grand penseur, a signalé l'existence de ces mensonges qui n'ont pas de cause démontrée. Deux vers de lui ont leur place dans la question du mensonge instinctif :

C'est bien aimer la fourbe, et l'avoir bien en main,
Que de prendre plaisir à fourber sans dessein.

La fourberie, comme toutes choses en ce monde, a ses causes et sa raison d'être. L'intérêt en est, en général, le grand moteur. Dans certains cas cependant, on se trouve en face de faits mensongers, qui, en contradiction avec la raison et le bon sens, mettent en déroute la logique et le sens commun avec toutes leurs explications.

En ces conditions, les aliénistes en sont réduits à admettre le mensonge aveugle et instinctif, c'est-à-dire le mensonge pour lui-même, autrement dit le mensonge sans raison ; ou encore, comme dit Corneille, la fourbe *sans dessein*.

Le mensonge, les déguisements de toutes sortes qui en émanent, les fourberies qui ne marchent jamais sans lui, sont la marque d'un esprit bas, dévié du droit chemin de l'honnêteté. C'est un vice hideux qui met en péril les bonnes relations sociales et les intérêts les plus chers. Peu importe. Le menteur se complait dans sa bassesse, et ne cherche nullement à faire obstacle à son penchant. Une fois l'habitude du mensonge prise, il ne recule devant aucun sacrifice pour donner satisfaction à l'impulsion

aveugle qui l'entraîne loin de la vérité. Ces anomalies étranges exposent tout, position, avenir, estime, argent, pudeur, etc., tout, dis-je encore, pour goûter l'âpre et malsaine saveur du mensonge.

J'ai connu plusieurs personnes qui étaient comme possédées de la rage du mensonge. Il est vraiment difficile de se servir d'une autre expression. Les menteurs de cette catégorie ne laissent échapper aucune occasion de braver la vérité. Pour satisfaire leur entraînement, ils se servent de tous les prétextes, futiles ou sérieux. N'attendez d'eux ni le véritable prix d'un ruban, ni le véritable prix d'une charge. Ils tiennent toujours leur parole au-dessus ou au-dessous de la vérité. En m'exprimant ainsi, il est bien entendu que je parle uniquement des menteurs impulsifs, de ces êtres qui s'enivrent du mensonge et qui n'y cherchent, en apparence au moins, pas d'autres satisfactions.

Quelque étonnant que puisse paraître l'état moral du menteur instinctif, cet état existe, et je puis ajouter que les exemples n'en sont pas absolument rares. Je me contenterai de rapporter une seule observation qui mérite, à plusieurs titres, de figurer à côté de quelques-unes de celles dont il a été précédemment question.

Une petite fille, fort gâtée dans son enfance, était devenue, à la suite de circonstances malheureuses, la maîtresse de la maison. Ses paroles faisaient loi. Dès qu'elle ouvrait la bouche, l'entourage applaudissait. Quelques réparties fines ou malicieuses jetaient les grands-parents dans l'admiration. Cette sorte d'adulation perpétuelle finit par éveiller, dans le cœur de l'enfant, le sentiment d'une présomptueuse supériorité. Petit à petit, elle s'habitua à jouer à la dame. En devenant grande, le rôle devint plus difficile. Il s'agissait de conserver la supériorité acquise. Mais le fond était ce qui manquait le plus. L'éducation laissait à désirer, l'instruction présentait des lacunes étranges qu'on aurait pu dissimuler à l'aide d'un silence

prudent. La fillette entendit les choses autrement. Elle résolut de cacher son insuffisance à force d'audace. A partir de ce moment, elle lâcha la bride à sa langue, et se fit un rempart des mensonges qu'elle amoncelait sans cesse. L'habitude de négliger la vérité s'enracina tellement dans le cœur de la pauvre fillette qu'elles ne se séparèrent qu'à la mort. Nous arrivons à l'époque du mariage. Judith raconte que les fêtes, en son honneur, furent splendides. Le repas de noces se distingua par un dessert composé de trois cent soixante plats. On avait fait fabriquer, pour la circonstance, des pincettes en argent d'une longueur convenable pour pouvoir atteindre les plats du milieu de la table. La dame avait, en astronomie, des idées à elle. La lune, entendez bien, la lune de son pays natal était plus belle que celle du pays où la fortune l'avait jetée. Ladite dame avait également des prétentions à la connaissance de l'histoire. Dans les grands jours, c'est-à-dire quand il y avait du monde, elle faisait campagne avec Jules César, ce fameux général qui avait conquis la Flandre sous les ordres de Louis XIV. Si la conversation s'engageait sur les choses de la mer, M^me Judith ne tarissait pas en récits élogieux sur le grand amiral Duguay-Trouin à qui la France était redevable de la conquête d'Alger. Toutes ces niaiseries, et mille autres à l'avenant, débitées avec des apparences de certitude et de naïveté, déconcertaient ceux qui n'étaient point au courant des habitudes de la personne. Ces quelques échantillons suffiront pour donner une idée du savoir de la belle Judith. On pouvait donc, sans risquer de se tromper beaucoup, tenir « *pour apocryphe, voire pour pippérie* » tout ce qui sortait de la bouche de ladite dame. Son entourage et les gens avec lesquels elle avait des relations d'affaires ne se gênaient guère pour la traiter tout haut de menteuse.

Les menteurs instinctifs font quelquefois preuve d'une naïveté qui étonne. Après avoir redit un grand nombre de

fois une historiette tirée de leur pauvre cervelle, ils finissent par croire à la réalité de ce qu'ils disent. Leur conviction devient communicative. Rencontrent-ils des contradicteurs? à l'instant ils font face à l'ennemi. A toute protestation ils opposent le dédain menaçant ou la colère. Trouvent-ils, sous leur main, des auditeurs bénévoles? Ils les entraînent et captivent leur confiance par les formes identiques du récit et par le détail de toutes les circonstances les plus minutieuses.

J'insiste sur ce point pour deux motifs :

1° Les menteurs capables de se mentir à eux-mêmes jusqu'à se faire des convictions, conservent encore, à travers les égarements incompréhensibles de la pensée, des lueurs d'une honnête sincérité. C'est un bon témoignage qui leur est dû.

2° Le mensonge élevé, dans l'esprit du menteur, à la hauteur de la vérité, ne présente nul danger quand il s'agit de petits intérêts ou de choses indifférentes; mais quand ce mensonge est déposé aux pieds de la justice, le salut de l'accusé est gravement compromis. Le juge résiste difficilement à la parole de l'enfant, parce qu'il la regarde comme sincère. De la foi du juge peuvent résulter les plus grandes iniquités. Laissons ce sujet dans l'ombre.

Il appartient aux éducateurs et particulièrement aux médecins de détruire le mythe de l'infailible sincérité de l'enfant. C'est une œuvre méritoire à tous égards.

VII. — CONCLUSIONS.

Moralement, on peut distinguer plusieurs espèces de mensonges :

1° Celui qui consiste en une innocente invention destinée à distraire;

2° Celui qui s'inspire honnêtement de l'intérêt public ou privé ;

3° Le mensonge du méchant qui recherche son avantage personnel, ou qui vise à nuire à quelqu'un.

Psychologiquement, le mensonge se présente sous d'autres aspects dépendant de l'état mental du menteur :

1° Le menteur est en pleine possession de lui-même ;

2° Le menteur présente, dans ses facultés mentales, des tares ou des obnubilations diverses qui le placent parmi les anomaux ;

3° Le menteur ne jouit pas intégralement de son libre arbitre, ainsi qu'on le voit chez certains idiots, chez les déments, et, en général, chez les aliénés ;

4° Dans la dernière classe, je place les menteurs impulsifs, c'est-à-dire ces êtres troublés qui mentent pour le plaisir de mentir.

Le vraimensonge, c'est-à-dire le mensonge des méchants, n'a jamais trouvé grâce devant les moralistes. Tous le condamnent avec une extrême sévérité.

« La bouche du méchant, nous dit Pierre Charron, c'est
« un trou puant et pestilentieux. La langue mesdisante,
« meurtrière de l'honneur d'autrui, c'est une mer et
« université de maux, pire que le fer, le feu, le poison, la
« mort, l'enfer. » (*De la sagesse*, livre I, chap. xi). De son
côté, le livre des *proverbes* nous apprend, en quelques
mots, que la vie et la mort sont au pouvoir de la langue
(*Vita et mors, in manibus lingue*, chap. xviii). Le fabu-
liste grec, Esope, exprimait une pensée analogue en pro-
clamant que la langue est, à la fois, ce qu'il y a de meilleur
et de plus mauvais dans le monde. A mon tour, je dis

malheur à celui qui ne peut se préserver des atteintes de la langue.

Pour conclure finalement, il me reste à dire quelques mots bien tristes, car il s'agit de découronner l'enfance de l'auréole de sincérité dont elle est si injustement ornée. Pour connaître l'âme de l'enfant je me suis, d'après les conseils d'un ancien, adressé à l'enfant lui-même : « Parle, ai-je dit, et agis. » L'enfant a répondu. J'ai écouté ses paroles et j'ai jugé ses actes. De ce double examen il est résulté, pour moi, la conviction absolue que l'enfant se complait dans le mensonge, et qu'il sait s'en servir habilement dans l'intérêt de ses mauvais instincts et de ses mauvaises passions.

DE LA FIEVRE TYPHOÏDE

DANS SES RAPPORTS AVEC LA FOLIE

Par le D^r E. MARANDON DE MONTYEL
Directeur-médecin en chef de l'asile public de Dijon.

On a vraiment lieu d'être surpris des opinions contradictoires qui se heurtent dans la science au sujet des aliénations mentales consécutives aux fièvres typhoïdes. Ce désaccord se poursuit quant à l'action de la dothiéntérie sur les facultés déjà perverties de l'aliéné. Je crois que toutes ces contradictions ne sont qu'apparentes et dépendent de conditions spéciales, dont les auteurs n'ont pas su tenir compte. Je vais essayer, en quelques pages, de mettre en relief ces conditions spéciales, de montrer qu'il y a des faits à l'appui de toutes les doctrines, et que chacun a eu le tort de trop généraliser ce qu'il lui avait été donné d'observer. La fièvre typhoïde occupe en ce moment le monde savant. L'Académie de médecine en discute les origines et le traitement. L'occasion est propice d'examiner ses relations avec la folie.

I

Il est un principe de pathologie générale que le praticien doit avoir sans cesse présent à l'esprit s'il veut apprécier à leur juste valeur les choses morbides dont il est témoin. Ce principe établit que le malade est pour autant et quelquefois plus que la maladie elle-même dans les souffrances qu'il

endure et les symptômes qu'il présente. Aussi importe-t-il, quand on étudie l'action de la fièvre typhoïde sur les facultés intellectuelles de ses victimes, de distinguer avec soin les prédisposés vésaniques des non prédisposés, car cette distinction dissipera bien des obscurités, et c'est pour ne l'avoir pas faite que d'éminents praticiens n'ont pas su synthétiser les faits soumis à leur observation.

Une autre distinction qui a son importance est celle des délires *pertyphiques* et *posttyphiques*. J'appelle délires *pertyphiques* ceux qui, liés directement à la dothiènerie, naissent et meurent avec elle quand s'est effectué le retour complet à la santé physique, et délires *posttyphiques* ceux qui poursuivent leur cours malgré ce retour de l'organisme à l'état normal ou qui éclatent plus ou moins longtemps après que tout a semblé rentrer dans l'ordre. Il me sera facile dans un instant de démontrer que ces deux groupes vésaniques, bien distincts pourtant dans la réalité, ont été souvent confondus dans les exposés doctrinaux, et que cette confusion a amené les auteurs à étendre faussement à l'un ce qui appartenait exclusivement à l'autre. J'examinerai d'abord les délires *pertyphiques* qui, de toute évidence, sont les premiers en date. Ils se divisent en trois classes distinctes : les *délires initiaux*, les *délires de la période d'état*, les *délires de la convalescence* ; classification établie par Emile Kroepelin, dans son grand travail sur les psychoses consécutives aux maladies aiguës et digne, à mon avis, d'être conservée, car ces délires diffèrent beaucoup les uns des autres et le même typhoïde est susceptible de les parcourir tous, en étant successivement dissemblable à ce qu'il était hier et à ce qu'il sera demain.

En dehors de toute prédisposition vésanique, les *délires initiaux* sont bénins et n'existent qu'à l'état d'ébauche. Mais si le typhoïde est un prédisposé vésanique, si le cerveau chez lui est l'organe faible, alors la scène change et on peut se trouver en présence d'un véritable aliéné, d'un

individu délirant à ce point que les désordres psychiques masquant la maladie mère, le médecin, trompé, isole son client dans un asile d'aliénés au lieu de l'envoyer à l'hôpital. Et cette différence si profonde dans les manifestations de l'un et l'autre cas, qui les crée ? le malade.

A l'appui de ce que j'avance, je conterai succinctement une observation dont j'ai été témoin à l'asile de Marseille. Une femme ayant dépassé la trentaine, domestique depuis longues années dans un pensionnat d'Ursulines, et appartenant à une famille d'aliénés, avait toujours eu une conduite régulière et un service excellent, quant tout à coup, après avoir accusé pendant un jour ou deux des malaises avec maux de tête, elle devint loquace, désordonnée dans ses actes et surexcitée. Elle allait et venait sans cesse, faisait de longues courses sans but. Cet état dura quelques jours, puis se manifesta un goût prononcé pour les liqueurs fortes, une vraie dipsomanie. On se décida alors à l'isolement. Au moment de son entrée, cette malade était en proie à une grande surexcitation ; elle présentait tous les symptômes d'une manie aiguë. Tel fut, en effet, le diagnostic que je portai, en me basant tant sur les manifestations délirantes que sur les antécédents héréditaires. J'avoue, à ma grande confusion, que je persistai entièrement dans mon erreur durant deux jours ; je crus à la folie tout comme le médecin particulier de la malade, assurant à la famille que c'était là une des formes les plus curables de l'aliénation et que, sans garantir l'avenir, j'espérais la guérison de la crise actuelle. Le troisième jour, je fus frappé de l'altération des traits ; cette femme n'avait plus le facies épanoui et animé d'une maniaque. L'agitation ne permettait guère de prendre la température, mais au toucher la peau était sèche et brûlante. Je ne soupçonnais pas encore la fièvre typhoïde, j'eus peur d'un délire aigu que justifiaient la marche de la maladie, l'agitation et la fièvre ; toutefois un symptôme important manquait, le crachotement, avec horreur des liquides.

Je l'attendais pour le lendemain, il n'apparut pas et la malade eut de la diarrhée avec gargouillement dans la fosse iliaque droite. Cette fois le diagnostic fut porté, puis confirmé peu à peu par des taches rosées lenticulaires. Cette jeune femme succomba le vingtième jour de son entrée dans l'établissement et, bien que la famille se soit opposée à l'autopsie, le diagnostic ne me paraît pas douteux. Ainsi, dans ce cas, une fièvre typhoïde éclatant chez une héréditaire, c'est-à-dire chez une femme douée d'une prédisposition vésanique, se manifesta par de l'agitation maniaque avec dipsomanie, symptômes qui nous égarèrent durant une douzaine de jours.

Cette observation, et on en trouve beaucoup d'autres dans les auteurs, donne une idée assez nette des troubles mentaux qui se manifestent dans ces circonstances. Ils consistent surtout, en effet, en agitation maniaque d'une grande violence et on comprend d'autant plus facilement les erreurs commises qu'au début de la fièvre typhoïde, les manifestations délirantes sont ordinairement dépressives.

Cette manie, sous laquelle se cache la dothiéntérie, a-t-elle des signes pathognomoniques permettant de la distinguer de la manie névrosique ? C'est là une grave question qui n'intéresse pas seulement le médecin dont la dignité peut se trouver compromise, mais surtout le malade dont la vie dépend du jugement porté. Je ne crois pas qu'il soit possible aujourd'hui à l'aliéniste de faire son diagnostic différentiel par le seul examen de l'état mental. Certainement, il existe des différences entre les deux délires, car j'ai la conviction que toute cause physique imprime aux manifestations délirantes un cachet spécial permettant de la reconnaître, mais ces différences je les ignore jusqu'à ce jour. Quand l'altération des traits et la sécheresse brûlante de la peau ont éveillé les soupçons du médecin, la confusion n'est possible qu'avec le délire aigu, et le diagnostic dès lors ne saurait rester longtemps indécis. M. Dumesnil avait cru

que la présence de l'albumine dans l'urine était un moyen sûr. De récentes recherches prouveraient qu'elle se rencontre dans l'un et l'autre cas. A mon avis, le signe important et qui devient même pathognomonique quand il s'associe à une fièvre vive et à une agitation intense, c'est le crachotement avec horreur des liquides. On m'objectera peut-être que ce symptôme se présente parfois dans le cours de la fièvre typhoïde, de la scarlatine et d'autres affections fébriles. Je répondrai que son apparition est pour moi l'indice d'une complication de la maladie principale par le délire aigu. En effet, c'est là un point peu connu et sur lequel l'attention n'a peut-être pas encore été suffisamment attirée : toute affection fébrile, s'accompagnant de désordres cérébraux, est susceptible dans son cours de se compliquer de ce grave état, si l'organisme où elle évolue est un organisme prédisposé. Je crois donc que l'on commet souvent une confusion dans les cas de cette nature et je diagnostique le délire aigu, soit comme entité, soit comme complication, quand je me trouve en présence de cette trilogie : fièvre vive, agitation intense, sputation avec horreur des liquides.

Quelle est la pathogénie de ces délires initiaux ? Emile Krœpelin, de ce qu'ils se montrent avant l'hyperthermie et les anomalies de la circulation, les rattache uniquement à la toxémie typhique et à l'action directe du poison sur le système nerveux. Je n'en crois rien ; je me range plus volontiers à l'opinion de M. Luys qui fait jouer le rôle principal à la congestion cérébrale. Quoiqu'en dise Krœpelin, le poison typhique ne paraît pas avoir d'action directe sur le système nerveux. La congestion cérébrale, voilà donc la source des délires initiaux et la preuve en est dans les symptômes mentaux, symptômes caractéristiques de la manie congestive. D'ailleurs ces congestions sont de règle dans le stade initial de la fièvre typhoïde. Si le plus souvent elles se révèlent par des épistaxis, d'autres fois elles apparaissent sous forme d'hémorrhagie intestinale ou de

métrorrhagie et il n'est pas exceptionnel qu'elles se portent du côté de la moelle. Elles frappent donc, je peux dire, l'organe faible ; or, chez le prédisposé vésanique, l'organe faible est le cerveau, et c'est par là que les cas qui nous occupent rentrent dans la règle commune.

Je n'insisterai pas sur les *délires de la période d'état*, vrais délires fébriles qui intéressent moins l'aliéniste que le médecin, et qui n'ont qu'un lien éloigné avec mon sujet.

Les *délires de la convalescence* sont pour l'aliéniste les plus dignes d'intérêt ; car presque toujours confondus avec les *délires posttyphiques*, ce sont eux qui ont le plus contribué à embrouiller le débat. En effet, quand le délire fébrile est éteint, la fièvre tombée, etc., ou les malades reviennent à la raison et à la joie d'une guérison prochaine, ou ils continuent de déraisonner. Or, ces typhiques, dont les facultés intellectuelles restent altérées, sont de deux espèces : les uns délirent parce qu'ils sont convalescents et ne tarderont pas à recouvrer le bon sens avec la logique, dès que leur organisme sera complètement remis des fatigues du rude assaut qu'il a eu à repousser ; tandis que les autres délirent, parce qu'ils sont devenus définitivement aliénés et qu'ils ont perdu pour longtemps, presque toujours à jamais, l'équilibre cérébral. Il est clair que les premiers constituent seuls les délirants de la convalescence, et que les seconds doivent se grouper parmi les folies posttyphiques. Distinction qui a été rarement faite, et dont l'absence a répandu sur la question une grande obscurité. N'est-il pas évident maintenant que Marcé avait surtout observé des délires de la convalescence et généralisait à tort l'impression qu'il en avait retirée, quand il écrivait que le pronostic des vésanies consécutives à la fièvre typhoïque est benin ; que M. Régis a été victime, lui aussi, de la même erreur en disant : Pour si grave que paraisse l'état intellectuel des individus devenus aliénés à la suite d'une fièvre typhoïde, le pronostic est néanmoins favorable. Le grand

tact pratique de Griesinger ne s'est pourtant pas mépris, et l'illustre médecin a, depuis bien des années déjà, posé des principes excellents.

Quels sont donc les *délires de la convalescence*? ont-ils quelque trait fondamental, caractéristique, un air de famille qui trahit leur origine? Je laisse parler M. Régis, avec lequel je suis heureux de me trouver cette fois en communion d'idées : « La particularité qui me paraît pour ainsi dire la caractéristique des psychoses consécutives à la fièvre typhoïde, est une obtusion intellectuelle extrême et une abolition complète de la mémoire qui impriment aux conceptions délirantes, de quelque nature qu'elles soient, un cachet d'absurdité spéciale. » Oui, ces malades délirent d'une façon niaise et leur folie rappelle les folies séniles : on croirait entendre radoter de jeunes vieillards. Il n'y a donc pas chez eux de systématisation ; ils émettent les conceptions les plus absurdes, sans qu'elles se rattachent dans leur esprit à une association d'idées logiquement agencées ; ils parlent de leurs hallucinations, les racontent comme des faits divers, telles qu'ils les subissent, sans chercher à les comprendre ou à les interpréter, sans chercher surtout à les rattacher à leur existence passée ou à venir. Cette stupeur de l'intellect se reflète sur le visage ; la physiologie et le regard sont hébétés. Les idées délirantes qui se détachent sur ce fonds terne, comme les rares naufragés sur le gouffre sombre dont parle le poète, revêtent d'ordinaire une fausse couleur de lypémanie ambitieuse ; c'est un mélange souvent d'idées tristes et d'idées de grandeurs émises indifféremment suivant l'occasion ou l'impression du moment ; association disparate que Marcé a déjà signalée.

Ces délires de la convalescence relèvent de la fatigue cérébrale et de l'anémie. Ils apparaissent quand le délire fébrile a été intense et prolongé, a fortement secoué l'organe de la pensée, quand la maladie a eu une évolution

longue et aussi quand la médication suivie a été trop débilitante.

La prédisposition, je crois, joue ici un rôle bien secondaire. Le véritable ennemi est le poison typhique, car c'est lui qui, suivant son énergie et sa malignité, élève la température, altère le sang, faisant ainsi par voie indirecte délirer le cerveau, et créant les conditions favorables à l'éclosion de ces folies.

Le traitement sert d'ailleurs de pierre de touche à la pathogénie que j'expose. Ces délirants recouvrent comme par enchantement la raison, à mesure que leur cerveau se repose et que leur sang recouvre ses qualités normales. On peut suivre pas à pas le réveil de leurs facultés, et constater chaque jour la quantité de logique et de bon sens qu'ils absorbent sous forme de médication tonique.

J'ai déjà dit que je rangeais, sous la dénomination de *délires posttyphiques*, les délires qui poursuivent leur cours après le rétablissement de l'organisme à l'état normal et ceux qui éclatent plus ou moins longtemps après que tout a semblé rentrer dans l'ordre. Il résulte de cette définition que ces vésanies sont de deux espèces : les unes *immédiates* et les autres *médiates*. Les premières sont, je crois, les plus fréquentes de toutes et leur étude m'occupera d'abord. La prédisposition reprend ici le rôle important que nous lui avons vu jouer dans les délires initiaux. Les typhiques qui restent sous le coup de la folie après la disparition complète de la dothiéntenterie et de l'anémie consécutive, sont presque toujours des prédisposés vésaniques. Sous l'influence de la fièvre typhoïde, l'aliénation mentale qui était à l'état latent a passé à l'état potentiel, et a trouvé, dans elle, non seulement une cause occasionnelle qui a favorisé son éclosion, mais encore très souvent une cause adjuvante qui, par les altérations histologiques qu'elle a déterminées dans la structure cérébrale, lui a fourni, pour son épanouissement, un terrain encore plus propice. Toutefois

il n'est pas impossible de rencontrer quelques rares individus qui, indemnes auparavant de tout soupçon vésanique, n'en restent pas moins définitivement aliénés. Chez eux, la maladie toute seule est alors à incriminer; c'est son intensité, sa longue durée qui ont amené des exsudations interstitielles, des hémorrhagies avec allération de la substance cérébrale avoisinante, des inflammations adhésives des méninges, quelquefois des caillots sanguins dans les tissus de la dure-mère, parfois même une atrophie aiguë du cerveau. J'ajouterai que le traitement peut venir en aide et favoriser ses graves désordres s'il est irrationnel. Le pronostic de cas pareils est encore plus grave que pour les précédents; les désordres fonctionnels qui en résultent sont beaucoup plus considérables, ces altérations anatomiques étant incurables; tandis que la folie, quand elle est seulement liée à une mise en éveil d'une prédisposition antérieure, malgré sa gravité, a encore des chances de s'atténuer du moins pour un temps, car c'est le propre de la prédisposition quand elle est héréditaire, d'aimer la marche intermittente, de paraître s'épuiser sur le moment et de chercher dans le repos une force nouvelle. Autant donc l'espoir est permis sur l'avenir réservé aux délires pertyphiques, autant il importe d'être réservé sur celui des délires posttyphiques.

Mais en présence d'un malade qui relève de fièvre typhoïde et qui délire, dans quels symptômes, dans quelles manifestations psychiques, puiser les éléments d'un diagnostic différentiel? Il est difficile, très difficile dans l'état actuel de la science, de répondre à une telle question avec une certitude absolue. Je vais essayer toutefois d'indiquer les moyens les plus propres à permettre, au moins dans certains cas, de se prononcer, et dans d'autres, de garder une sage réserve.

Il est tout d'abord un symptôme physique important et dont la présence aide singulièrement le diagnostic: je veux parler des paralysies. Quand elles se rencontrent dans la

convalescence de la fièvre typhoïde en même temps que le délire et que, fixes, elles offrent les caractères des paralysies d'origine cérébrale, elles sont la preuve tangible que le cerveau a été profondément désorganisé et que le patient ne se relèvera pas du choc qu'il a reçu. On ne confondra pas ces paralysies avec celles qui sont liées à la convalescence elle-même et que Gubler a si bien étudiées sous la dénomination d'extenso-progressives, car celles-là sont sans valeur. Voilà, certes, un premier élément de diagnostic, j'ajouterai, malheureusement le seul d'une certitude aussi absolue. Ces paralysies ne sont pas un accompagnement nécessaire des délires incurables; si leur présence a une haute signification, leur absence n'en a aucune; il faut chercher ailleurs pour distraire les cas curables des incurables, quand l'intégrité des mouvements est conservée. Je dirai sans retard que c'est moins à l'état présent qu'à l'état passé dumalade qu'on doit sans hésitation s'adresser, car c'est lui qui des deux est susceptible de mieux éclairer. J'ai montré la part énorme prise par la prédisposition dans la genèse des vésanies posttyphiques, le premier soin sera donc de la chercher et je répéterai à ce propos ce que j'écrivais dernièrement dans l'*Encéphale* au sujet de l'imitation : Peu importe que la prédisposition soit héréditaire ou acquise, l'important est qu'elle soit. Que le typhoïde appartienne à une famille d'aliénés, que par ses excès, ses vices ou sa grande misère, il se soit trouvé placé sous le coup de la folie, je conseille avec conviction d'être pessimiste, car on court au-devant de cuisantes déceptions en ajoutant pleine foi à ce que tant d'auteurs affirment, en croyant avec eux que, si grave que paraisse l'état intellectuel des individus devenus aliénés à la suite d'une fièvre typhoïde, le pronostic est néanmoins favorable. La paralysie et la prédisposition, voilà donc les deux éléments principaux du diagnostic différentiel. Mais les prédisposés ne sont pas seuls à rester aliénés et la maladie, ai-je dit plus haut, par son inten-

sité et sa longue durée, crée parfois cette cruelle infirmité chez quelques rares individus indemnes auparavant de tout soupçon vésanique. Il en résulte qu'il en est de la prédisposition comme de la paralysie : si sa présence signifie beaucoup, son absence ne signifie rien. Certes, on peut puiser quelques appréciations dans l'étude de la marche de l'affection, des symptômes cérébraux de la période d'état, mais ce sont là des indices trop incertains, utiles quelquefois pour éveiller dans l'esprit une impression, insuffisante toujours pour asseoir un jugement. Recherchons si l'état mental ne nous offrirait rien.

Qu'on se méfie toujours de la manie consécutive aux fièvres typhoïdes, quand elle dure plus de quelques jours. A la suite de toute fièvre longue et prolongée, au moment où la convalescence s'établit, survient un délire bruyant qu'a étudié avec soin Hermann Weber, mais qui est de courte durée, de quelques heures à deux jours et qui dans la dothiéntérie tiendrait en partie, d'après le professeur Jaccoud, à un empoisonnement du sang par les débris des glandes de Peyer altérées. Ce n'est pas de cette agitation passagère qu'il s'agit ici, je veux attirer l'attention sur la manie franche à longue évolution. En règle générale, les folies de la convalescence sont dépressives, l'agitation continue appartient plutôt aux folies posttyphiques. Je me souviendrai toujours d'une cruelle déception que j'ai infligée à une honorable famille de Montauban. J'étais interne alors, et, peu riche d'expérience, j'avais confiance dans les opinions en honneur. Je promis le prompt rétablissement d'une fille unique de vingt ans, devenue maniaque à la convalescence d'une fièvre typhoïde grave, qui avait été accompagnée de délire pendant toute une longue période d'état et qu'un vieux médecin avait traitée par les anciennes méthodes. Mon pronostic fut cruellement infirmé par les faits, la manie passa à l'état chronique et l'incurabilité devint absolue. J'invoquerai à l'appui de mo

opinion la grande autorité de Griesinger, qui pose en principe que, dans les vrais délires de la convalescence, le caractère n'est pas profondément excité.

Mais la manie n'est pas la forme exclusive des délires posttyphiques; il est commun qu'ils nous apparaissent sous l'aspect mental d'un délire de convalescence et que nous soyons incapables, dans l'état actuel de nos connaissances, d'en saisir les différences. En réalité, ce qui fait l'incurabilité des folies posttyphiques, c'est qu'elles sont greffées sur la démence, tandis que les folies de la convalescence sont associées à la simple obtusion intellectuelle. Si le diagnostic différentiel de la démence et de l'obtusion intellectuelle était assis sur des bases solides, la question qui nous occupe serait résolue, mais il serait bien hardi l'aliéniste qui se croirait autorisé aujourd'hui à dire avec certitude : Dans tel cas les facultés intellectuelles sont anéanties et dans tel autre voilées ; quand il n'a comme élément d'appréciation que le seul état mental. Je n'aurai donc pas la prétention de fournir les moyens de porter un jugement si difficile ; je me bornerai à dire qu'il y a d'ordinaire une différence notable entre la physionomie des déments et des obtus. Chez les déments le visage contraste avec l'état intellectuel, il n'est pas altéré ; l'obtus, lui, a l'air abruti, expression triviale que l'on me pardonnera, car elle est énergique et rend bien ma pensée. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas un tel signe, perçu plutôt par impression que par raisonnement, qui peut être un critérium. Il suffira d'ailleurs de patienter un peu pour être fixé, car la marche des manifestations psychiques est caractéristique.

Si on est en présence d'une folie posttyphique, les jours succéderont aux jours, les toniques aux toniques, sans que la vigueur intellectuelle renaisse ; par contre, la simple obtusion intellectuelle avec conceptions délirantes, placée sous la dépendance de l'anémie et de la fatigue cérébrale, sera vite sensible à la médication tonique. La marche de la ma-

ladié, tel est donc le meilleur guide dans ce diagnostic différentiel si épineux, et mieux vaudra encore demander le crédit de quelques jours que de donner des espérances qui ne se réaliseraient pas.

Les *folies posttyphiques médiate*s qui vont maintenant nous occuper quelques instants, dépendent d'une prédisposition à l'aliénation mentale qu'engendre la fièvre typhoïde. Tout typhique reste pour l'avenir plus ou moins placé sous la menace d'un dérangement intellectuel, suivant que les symptômes cérébraux de la période d'état auront été plus ou moins intenses et prolongés. En un mot : la *dothiènérité, tout comme l'hérédité, est capable de créer une prédisposition vésanique*. On rencontre, en effet, des aliénés chez lesquels une fièvre typhoïde antérieure est la seule cause à invoquer. J'ai eu pour ma part occasion d'observer des cas qui ne me laissent aucun doute sur l'influence néfaste que je signale. Emile Krœpelin a fait les mêmes observations ; il dit en effet : « Quant aux vésanies qui se manifestent longtemps après l'épuisement du poison typhique, il en est d'elles comme de toute psychose née sur un terrain prédisposé : la fièvre typhoïde a simplement préparé le système nerveux, elle n'est plus en cause. »

Parmi ces victimes à longue échéance, il est pratique de distinguer deux groupes. Les uns n'avaient jamais recouvré complètement leurs facultés d'autrefois ; sans être aliénés, ils avaient baissé intellectuellement. Il ne sera pas indifférent d'être renseigné sur ce point, car quand la folie éclate dans ces cerveaux déjà affaiblis par le poison typhique, le pronostic est presque désespéré. Les autres étaient rentrés, en apparence du moins, en possession de toute leur fortune psychique ; chez ceux-là le pronostic est moins grave, mais plus sérieux, pourtant que dans les cas de folie acquise par excès, vices ou misère.

Relativement aux formes mentales, bien qu'elles puissent se présenter toutes, la manie me paraît la plus fré-

quente et j'ai déjà dit que son apparition, à la convalescence, devait déjà rendre circonspect. Ainsi Jacobi, dont l'expérience est grande, attribue aux suites de la fièvre typhoïde un huitième des cas de manie qu'il a observés. Ce qui caractérise surtout ces vésanies, c'est la précocité de la démence quand elles ne doivent pas guérir.

La dothiéntérie crée-t-elle une prédisposition spéciale à la paralysie générale progressive ? Il paraît démontré aujourd'hui que la folie paralytique est parfois une conséquence immédiate de la fièvre typhoïde. Au point de vue mental, Magnier écrivait en 1865 que, dans les folies posttyphiques, on trouvait toutes les variétés de délire observées dans la paralysie générale, depuis la démence jusqu'à la monomanie ambitieuse, en passant par le délire hypochondriaque, et il rattachait ces phénomènes aux congestions fréquentes vers les principaux organes, surtout vers le cerveau. A peu près à la même époque, Chedevergne, après avoir relaté les lésions trouvées par lui chez des enfants et des adultes, morts durant les deux épidémies de 1862 et 1863, ajoutait qu'il n'était pas inutile d'indiquer la ressemblance existant entre le résultat de ses autopsies et la périméningo-encéphalite des paralysés généraux. Pour M. Auguste Voisin, l'analogie que Chedevergne dit exister à l'œil nu, devient certaine lorsqu'on examine ces pièces anatomiques au microscope, et il relate l'observation d'une nommée Lab... qui est un cas type de paralysie générale consécutive à la fièvre typhoïde. Il m'a été donné à Toulouse d'observer un cas de ce genre chez une femme de trente ans, qui ne comptait aucun aliéné dans sa famille, mais qui était manifestement sous le coup de l'hérédité congestive. Du côté de sa mère on mourait d'apoplexie. Je me demande si la prédisposition congestive ne joue pas ici le rôle que joue la prédisposition vésanique dans les délires posttyphiques. Mon expérience personnelle ne me permet pas de trancher cette question dont il serait intéressant de chercher la solution.

II

La fièvre typhoïde est rare chez les aliénés; tout le monde parait d'accord sur cette opinion que confirme mon expérience personnelle. Il résulte de mes notes qu'en huit ans, je n'en ai vu que neuf cas. Cependant, malgré cette immunité relative que semble donner la folie, des épidémies meurtrières sévissent parfois dans les asiles et nous devons à M. Beaufls la lamentable histoire de celle qui désola Vaucluse durant l'hiver 1880-1881.

Jé me bornerai à examiner l'influence de la maladie sur les facultés intellectuelles déjà altérées des aliénés, laissant de côté tout ce qui a trait aux symptômes physiques. Depuis longues années, des aliénistes bons observateurs, parmi lesquels il suffira de citer Vasse, Bach et Tuke, ont été frappés des bienfaits que bon nombre de fous tirent de la fièvre typhoïde. Deux épidémies récentes, l'une en France, l'autre à l'étranger, ont permis à M. Beaufls et à M. Campbell de constater à nouveau cette influence salutaire. Sur 22 cas, dont 7 graves, 9 de gravité moyenne et 5 légers, l'état mental de plusieurs malades, dit M. Campbell, a été modifié d'une manière très heureuse et 10 d'entre elles ont été renvoyées guéries. De son côté, M. Beaufls a vu, dans la majorité des cas, la fièvre typhoïde suspendre totalement le délire. Sur mes neuf malades, cinq ont recouvert la raison.

La première était une jeune religieuse de vingt ans, à antécédents héréditaires, qui, maniaque depuis dix-huit mois, présentait déjà des symptômes inquiétants d'affaiblissement intellectuel. Elle guérit sous l'influence d'une fièvre typhoïde à gravité moyenne et, trois ans après, la guérison se maintenait.

Le second est un jeune homme de vingt ans, atteint depuis plusieurs mois d'agitation maniaque liée à l'onanisme, avec nombreuses hallucinations. Il eut une fièvre typhoïde

d'une excessive gravité, resta trois semaines dans le délire; l'affection mentale disparut et, deux ans après, la guérison se maintenait. Je dois ajouter qu'effrayé des conséquences de l'onanisme, il renonça à ses habitudes solitaires.

La troisième était une jeune fille de dix-neuf ans, à antécédents héréditaires, atteinte depuis l'âge de quinze ans, époque de la puberté, d'une manie rémittente qui guérit, malgré cette durée de quatre ans, sous l'influence d'une fièvre typhoïde d'une moyenne intensité. Elle rechuta dix-huit mois après.

La quatrième est relative à une femme mariée, d'une quarantaine d'années, lypémane anxieuse depuis six mois; une violente fièvre typhoïde la rendit à la raison pendant un an.

Enfin la cinquième est une jeune fille de seize ans, atteinte de manie aiguë avec violente agitation depuis six mois et qui, grâce à une fièvre typhoïde légère, vient de quitter notre établissement avec toute sa raison.

M. Luys met en doute ces guérisons. Il ne les croit ni solides, ni définitives, et dit qu'il serait important de suivre longtemps les malades pour observer les rechutes. Certes, je ne crois pas que l'action de la fièvre typhoïde sur les malades soit persistante, ni que cette affection ait pour effet de neutraliser une prédisposition héréditaire. Elle n'agit que sur les manifestations présentes; deux de mes observations le prouvent, mais bien que la guérison ne soit que temporaire, il n'est pas moins certain qu'un résultat très favorable a été obtenu.

M. Beaufils dit que la manie surtout se trouve bien de la dothiéntérie. Quatre de mes cinq observations confirment cette appréciation. J'en fournirai l'explication dans un instant.

Mais toute médaille a son revers; il est un certain nombre d'aliénés qui se relèvent déments de la fièvre typhoïde et ces faits ont porté quelques médecins à nier l'influence

heureuse que je signale. Cette fois encore, on a étendu trop généreusement à tous ce qui n'appartenait qu'à une certaine catégorie. Le principe vrai est le suivant : *la fièvre typhoïde améliore ou guérit les cas curables, elle laisse intacts ou plus souvent aggrave les cas chroniques*. Esquirol l'a dit depuis longtemps et les observations de M. Beaufils ont confirmé l'importante distinction du maître. Moi aussi, j'ai vu deux malades sortir de la dothiéntérie avec des facultés plus affaiblies, partant dans un état d'aggravation notable, mais l'un, quoique jeune, présentait déjà des symptômes non douteux de démence et l'autre était une vieille aliénée âgée de plus de soixante ans. Ainsi une classification méthodique dissipe la contradiction et concilie toutes les opinions.

Il n'y a pas à s'étonner que l'affection typhique ne rende point la raison à des déments dont les cellules cérébrales sont détruites, ni que, trouvant un cerveau en voie de dégénérescence, elle accélère le processus destructif. L'influence curable est plus difficile à interpréter. M. Beaufils la rattache à la doctrine des crises. Cette doctrine est aujourd'hui bien surannée et, à mon avis, la crise est plutôt l'effet que la cause du retour à la santé. C'est par une action substitutive que la fièvre typhoïde guérit la folie, action substitutive en tous points comparable à celle obtenue par M. Moreau (de Tours), et après lui par M. Billod, chez les hallucinés au moyen du datura stramonium ou du haschich. La méthode substitutive joue un grand rôle en pathologie externe. Sans doute ce qui est vrai des maladies locales et des agents topiques, observent Trousseau et Pidoux, l'est beaucoup moins pour les affections générales et les remèdes généraux, mais l'est encore dans une certaine mesure et Hahnemann, dans sa célèbre doctrine, n'a péché que par l'exagération d'un principe vrai. Je dirai donc que le délire de la fièvre typhoïde se substitue au délire vésanique ; avec les modifications nouvelles impri-

mées à la cellule cérébrale disparaissent celles qui entretenaient le mal antérieur, et, quand la fièvre cesse, quand le délire fébrile s'éteint, la cellule nerveuse se trouve ramenée à son état normal. Bien plus que la doctrine des crises, qui n'a d'autre valeur que celle de son antiquité, cette interprétation explique ce curieux phénomène de la folie guérie par une maladie capable de l'engendrer. Elle explique aussi cette particularité relative aux maniaques, signalée par M. Beaufile et confirmée par mes faits, car la manie, par la mobilité et la variété de ses manifestations, n'atteint que superficiellement la trame cérébrale et se prête mieux que toute autre forme mentale à une action substitutive.

CONCLUSIONS

Relativement à l'action de la fièvre typhoïde sur les facultés de l'homme sain d'esprit.

I. La fièvre typhoïde engendre des *délires pertyphiques* et des *délires posttyphiques*.

II. Les *délires pertyphiques* sont ceux qui, liés directement à la dothiéntérie, naissent et meurent avec elle, quand s'est effectué le retour complet à la santé physique ; ils se subdivisent en *délires initiaux*, *délires de la période d'état*, *délires de la convalescence*.

III. Les *délires initiaux* diffèrent chez les prédisposés vésaniques et les non prédisposés. Peu intenses chez ceux-ci, ils peuvent au contraire chez ceux-là revêtir la forme de la manie congestive avec violente agitation et entraîner par erreur l'isolement dans un asile.

IV. Il n'est pas possible, dans l'état actuel de nos connaissances, de diagnostiquer la manie congestive, manifestation initiale de la fièvre typhoïde chez un prédisposé vésanique, par le seul examen mental.

V. La sputation avec horreur des liquides est encore

le meilleur signe différentiel du délire aigu avec la fièvre typhoïde à délire maniaque initial.

VI. Les *délires de la période d'état* ne sont que des délires fébriles.

VII. Les *délires de la convalescence* sont toujours constitués par une obtusion intellectuelle intense, à laquelle s'ajoutent le plus souvent des conceptions délirantes niaises à forme lypémaniaque et mégalomaniaque, ainsi que diverses hallucinations.

VIII. Les *délires initiaux* dépendent de la congestion cérébrale; les *délires de la convalescence*, de la fatigue cérébrale et de l'anémie.

IX. Les *délires posttyphiques* sont ceux qui poursuivent leur cours après le rétablissement complet de l'organisme à l'état normal et ceux qui éclatent plus ou moins longtemps après que tout a semblé rentrer dans l'ordre. Ils sont donc ou *immédiats* ou *médiats*.

X. Les *délires pertyphiques* sont toujours curables et les *délires posttyphiques* généralement incurables.

XI. Le diagnostic différentiel et le pronostic des *délires posttyphiques immédiats* et des *délires pertyphiques de la convalescence* se basent sur les considérations suivantes :

1° S'il y a paralysie d'origine cérébrale : délire posttyphique incurable ;

2° S'il n'y a pas paralysie d'origine cérébrale, mais prédisposition vésanique : délire posttyphique probable et incurabilité à redouter ;

3° S'il n'y a ni paralysie d'origine cérébrale ni prédisposition vésanique et que l'état mental soit de la manie : délire posttyphique probable et incurabilité à redouter ;

4° S'il n'y a ni paralysie d'origine cérébrale ni prédisposition vésanique, ni état maniaque continu : délire pertyphique de la convalescence probable et guérison à espérer. Toutefois, si les accidents cérébraux de la période d'état ont été violents et prolongés, si surtout le malade

présente plutôt l'aspect d'un dément que d'un obtus, il sera prudent pour se prononcer d'attendre la marche de la maladie qui, dans les cas de délire pertyphique de la convalescence, s'améliorera assez rapidement sous l'influence de la médication tonique.

XII. La fièvre typhoïde, tout comme l'hérédité, est susceptible de créer une prédisposition vésanique qui amène des *délires posttyphiques médiats*.

XIII. Quand ces délires éclatent chez un individu qui avait baissé intellectuellement depuis l'affection typhique, l'incurabilité est à peu près certaine.

XIV. Quand ils éclatent chez un individu rentré, en apparence du moins, en possession de ses facultés après la fièvre typhoïde, le pronostic est moins grave que dans les cas précédents et plus grave que dans les cas de folie acquise par excès, vice ou misère.

XV. Les *délires posttyphiques immédiats* revêtent d'ordinaire la forme maniaque et sont remarquables par la précocité de la démence, précocité qui se trouve aussi dans les *délires posttyphiques immédiats*.

XVI. La paralysie générale est parfois une conséquence immédiate de la fièvre typhoïde; l'hérédité congestive semble en favoriser le développement.

Relativement à l'action de la fièvre typhoïde chez les aliénés.

I. La fièvre typhoïde est rare chez les aliénés.

II. Chez les aliénés, la fièvre typhoïde améliore ou guérit les cas curables, laisse intacts ou aggrave le plus souvent les cas chroniques.

III. La fièvre typhoïde n'a d'influence heureuse que sur les manifestations actuelles; elle ne neutralise pas les prédispositions.

IV. C'est par une action substitutive que la fièvre typhoïde améliore ou guérit la folie.

NOTE SUR LA PRÉDOMINANCE ACTUELLE
DES
FORMES DÉPRESSIVES DE LA FOLIE PARALYTIQUE

Par M. le Dr L. CAMUSET
Médecin-adjoint à l'asile de Vaucluse.

La démence paralytique s'accompagne très souvent de folie. Cette folie, Bayle la croyait toujours de nature orgueilleuse. Depuis, on a reconnu qu'elle pouvait affecter d'autres formes et particulièrement la forme mélancolique hypochondriaque. Les observateurs modernes en sont même arrivés à conclure qu'elle pouvait affecter presque toutes les formes possibles.

Cette folie paralytique, qui se présente sous tant d'aspects, a cependant une allure spéciale qui permet de la reconnaître dès le début, dans la plupart des cas. En plus, toutes ses variétés peuvent être ramenées cliniquement à deux types opposés l'un à l'autre : le *type expansif* et le *type dépressif*, et les cliniciens distinguent très bien ce qu'ils appellent les formes expansives et les formes dépressives de la folie paralytique. On sait que très souvent les deux formes coexistent chez le même malade, mais nous pensons qu'il y a presque toujours prédominance de l'une d'elles, sauf dans les cas assez rares où la folie paralytique est franchement à double forme.

En résumé donc, la *paralysie générale* — et nous plaçant en dehors de toute théorie doctrinale, nous appelons ainsi la *démence paralytique* accompagnée ou non de *folie paralytique*, laquelle est loin d'être un facteur nécessaire, —

la paralysie générale, disons-nous, se présente sous un des trois aspects suivants : 1° la démence paralytique simple ; 2° la démence paralytique avec folie à forme expansive ; 3° la démence paralytique avec folie à forme dépressive.

Eh bien, nous avons été frappé du nombre relativement considérable des cas à forme démente simple ou à forme dépressive parmi les malades que nous observons à l'asile de Vaucluse, et c'est afin d'attirer l'attention des aliénistes sur ce sujet que nous présentons cette note.

Comme les autres asiles et hospices de la Seine, nous recevons nos malades du bureau de la répartition de Sainte-Anne ; on ne nous les choisit pas, notre population est de même nature que celle des autres asiles. On peut donc logiquement généraliser les observations faites ici et les étendre à tous les aliénés hospitalisés du département.

Ce qu'on note tout d'abord en examinant, même superficiellement, nos paralytiques généraux, c'est leur attitude généralement triste, mélancolique. Les surexcités mégalomanes, les maniaques satisfaits sont *très rares*. Si on les étudie avec plus de soin, on s'aperçoit que la plupart d'entre eux ne délirent pas dans le sens des grandeurs, le plus grand nombre a un délire mélancolique ou ne délire pas du tout.

Pour confirmer notre donnée, nous avons établi une petite statistique. Chargé spécialement du service des hommes sous la direction de M. le Dr Bigot, notre médecin en chef, nous avons pris tous les paralytiques généraux de notre service, observés depuis le 1^{er} janvier 1882 jusqu'à aujourd'hui (1). Le nombre en est de 173 et nous les avons divisés ainsi qu'il suit :

1°	Paralytiques à forme démente simple.	44
2°	Id. à forme dépressive . . .	81
3°	Id. à forme expansive. . . .	39
4°	Id. non classés.	9

(1) Premiers jours de janvier 1883.

On voit la proportion considérable des malades des deux premières classes relativement à ceux de la troisième.

Cet état n'est pas basé sur les notes médicales mensuelles, mais sur l'observation journalière et continue de chaque malade. Nous avons l'intention d'établir une statistique analogue pour les femmes, et c'est justement parce que nous n'observons pas ces dernières d'une façon continue que nous ne l'avons pas fait. Il nous eût fallu examiner chaque femme paralytique du service et nous n'eussions obtenu ainsi que le caractère actuel, le caractère du moment de la maladie et non celui de son ensemble. Mais mon excellent collègue et ami, M. le D^r Boudrie, chargé spécialement du service des femmes, m'a dit avoir remarqué, lui aussi, chez ses malades, cette tendance actuelle de la folie paralytique à affecter les formes dépressives, quoiqu'il tint compte de l'aspect habituel de la maladie dans le sexe féminin.

Enfin, pour en revenir à notre tableau, les neuf cas non classés renferment une folie à forme alternante franche, et huit folies paralytiques, qu'on pourrait appeler *suraiguës*, caractérisées, les unes par de la manie aiguë continue, les autres par de la lypémanie anxieuse avec agitation continue aussi. Ces derniers cas, comme c'est l'ordinaire, ont amené le marasme et la mort en très peu de temps.

Archives cliniques

82

ASILE SAINTE-ANNE. — D^r MILLET.

Service de M. le D^r Bouchereau

**Hystérie-cataplexie chez une petite fille de neuf ans.
Hérédité. — Guérison.**

Le 4 mars 1882, A... (Eugénie), âgée de neuf ans, se présente à la consultation de M. le docteur Bouchereau. Sa mère, qui l'accompagne, nous donne les renseignements suivants :

La grand'mère maternelle de notre petite malade, apprenant l'état de blanchisseuse, était sujette, vers l'âge de 12 ans, à des accès de somnambulisme : lorsqu'elle n'avait pas pu terminer pendant le jour la tâche de travail qu'on lui avait donnée, elle se relevait dans la nuit pour l'accomplir, allumait une lampe et travaillait trois ou quatre heures, puis se recouchait. Une fois même, étant pendant la nuit en état de somnambulisme, elle sortit de sa chambre pour aller faire une course dont elle avait été chargée pendant la journée; on la rencontra dans l'escalier, on s'aperçut de son état, et on la renvoya dans sa famille. Cette disposition au somnambulisme dura environ un an et disparut quand la fonction menstruelle s'établit. Pendant ce temps, elle était très facile à hypnotiser, et depuis elle a toujours été très nerveuse, et s'irritant violemment à la moindre contrariété.

Le grand-père maternel était aussi très nerveux et facilement irritable.

Le grand-père paternel, d'un caractère irascible, est mort d'apoplexie.

Vers l'âge de dix ans, la mère d'Eugénie fut sujette à des accidents convulsifs: l'attaque commençait par une douleur dans le bras droit, suivie bientôt de perte de connaissance et de convulsions généralisées, et durait de un quart d'heure à une heure. Au début, ces attaques, fréquentes et courtes, se répétaient souvent deux fois par jour; plus tard elles ne revenaient que tous les mois ou tous les deux mois à la suite de grandes contrariétés. Ces accidents, après avoir duré près de deux ans, avaient disparu complètement depuis deux ans environ, au moment de l'apparition des règles.

Un frère aîné de notre malade, âgé de dix ans, est d'un caractère très irascible. Un jeune frère de cinq ans et une petite sœur de huit mois sont bien portants.

Eugénie elle-même, notre malade, s'est développée assez lentement, elle n'a marché qu'à l'âge de deux ans. Depuis l'âge de six ans, elle va à l'école et apprend assez bien; elle a toujours été très douce, point turbulente, et quelquefois un peu portée à la somnolence.

Elle a eu son premier accès de catalepsie au commencement de novembre 1884; étant occupée à jouer devant la maison, elle est tombée brusquement, s'est agitée dans tous les sens pendant quelques instants, puis est restée ensuite immobile sans connaissance, les yeux fermés, pendant trois heures. Revenue à elle, elle était égarée, cherchait partout d'une manière inconsciente, et n'a conservé aucun souvenir de ce premier accès, non plus que des suivants.

Depuis ce temps, elle a eu des accès presque tous les jours, tantôt à un moment de la journée, tantôt à l'autre, sans heure fixe. Elle se laissait tomber sans connaissance, assez lentement pour ne pas se faire de mal, et ne s'agitait presque jamais. Pendant toute la durée de l'accès, qui variait de un quart d'heure à deux ou trois heures, elle

demeurait immobile et ses membres très souples conservaient indéfiniment la position qu'on leur donnait, quelque pénible qu'elle fût. En se réveillant, elle est un peu égarée, cherche à se reconnaître, puis se remet tout à fait; elle ne conserve jamais aucun souvenir de ce qui s'est passé.

Le plus souvent, les accès surviennent spontanément, sans cause occasionnelle appréciable, mais quelquefois ils semblent être la conséquence d'une contrariété.

Ordinairement, pendant ses attaques, elle ne dit rien; mais une fois, vers la fin de l'accès, étant encore en état de catalepsie, et les yeux fermés, elle a dit qu'elle voyait son père causer avec d'autres personnes dans la rue, et sa grand'mère acheter du vin chez un marchand voisin.

Lorsqu'elle revient à elle à la fin de l'accès, elle est un peu égarée, cherche à se reconnaître, puis se remet tout à fait : ayant voulu une fois marcher avant d'être complètement revenue à elle, elle alla se heurter assez violemment la tête contre un meuble sans le voir. Lorsque les accès sont courts, elle s'en remet vite et complètement; s'ils ont duré longtemps, elle souffre beaucoup de violents maux de tête. A la suite de ses premiers accès, elle demandait toujours à manger et mangeait beaucoup; actuellement cette boulimie est moins prononcée.

Les premières attaques duraient souvent trois heures; maintenant elles sont plus fréquentes et moins fortes, et durent au plus une heure ou une heure et demie.

Depuis qu'elle est sujette à ces accès, son caractère est devenu beaucoup plus difficile; elle est presque toujours de mauvaise humeur, indocile, cherche querelle à ses frères et pleure souvent.

Aujourd'hui, à dix heures et demie, nous l'asseyons sur une chaise et lui faisons regarder fixement une montre, en lui faisant porter la vue en haut et de côté, et en rapprochant peu à peu la montre de ses yeux. Au bout d'un

minute son regard devient vague et fixé, ses paupières clignent à deux ou trois reprises, puis tout à coup elle ferme les yeux, renverse la tête en arrière, sans rien dire, sans pâlir, sans s'agiter et la voilà endormie. Elle se laisse alors aller lentement à l'influence de la pesanteur; mais, au lieu de tomber complètement, elle s'arrête sur sa chaise dans une position oblique d'un équilibre difficile. Nous lui plaçons le bras dans une situation horizontale; elle l'y maintient sans bouger; sa jambe droite, placée aussi horizontalement, demeure immobile. Aucun signe de sensibilité ne se manifeste, aucun mouvement réflexe ne se produit, soit qu'on la pince, qu'on l'appelle à haute voix ou qu'on lui souffle sur le visage: en lui écartant les paupières on voit ses yeux fortement convulsés en haut. On lui place une chaîne d'or autour des poignets, autour de la tête, sans résultat. Nous lui faisons alors des massages doux sur les tempes et le front: bientôt elle pousse un soupir; ses membres qui étaient restés immobiles depuis que nous les avons placés dans la position horizontale, tombent sous l'influence de la pesanteur; elle ouvre les yeux, promène autour d'elle un regard vague et ne répond pas aux questions qu'on lui fait. Un instant après, elle pousse un nouveau soupir, prononce à mi-voix quelques paroles incohérentes, puis, se remettant de plus en plus, elle nous dit se rappeler qu'on lui a fait regarder une montre, mais elle ne sait pas du tout ce qui est advenu ensuite; elle sourit alors et se retrouve tout à fait dans son état naturel. Cet accès a duré douze minutes. La mère, qui a été présente pendant toute la durée de l'accès, nous dit qu'il ressemble tout à fait aux autres, et que c'est la première fois que sa fille est hypnotisée.

On prescrit pour chaque jour deux grammes de bromure de potassium, une pilule de Vallet et un régime fortifiant et tonique.

6 mars. — Forte attaque durant deux heures avec quelques convulsions.

8 mars. — Trois attaques de chacune une heure ou deux avec convulsions.

9 mars. — On prescrit une douche froide quotidienne et l'enfant en prend une dès aujourd'hui. Le soir, à la suite d'une contrariété, attaque cataleptiforme sans convulsions.

10 mars. — Accès cataleptiforme d'un quart d'heure.

11 mars. — Le soir, attaque durant deux heures sans convulsions.

12 mars. — Accès cataleptiforme d'une demi-heure le soir à neuf heures, suivi d'un réveil de courte durée et d'un nouvel accès semblable durant une heure.

13 mars. — Ce matin, pendant qu'elle est à la consultation, accès spontané tout à fait semblable à celui que nous avons provoqué le 4 mars et décrit plus haut: même insensibilité et même disposition à conserver les situations qu'on imprime à ses membres: il dure à peu près dix minutes et s'accompagne de profonds soupirs au moment du réveil.

14 mars. — Le soir, de six à neuf heures, trois, attaques consécutives, de chacune une heure, la dernière s'accompagne de quelques mouvements convulsifs lents et courts.

18 mars. — Attaque d'une heure sans convulsions.

24 mars. — Pas de nouvelle attaque. Eugénie suit régulièrement son traitement. Nous essayons de l'hypnotiser, en lui faisant comme la première fois fixer une montre pendant cinq minutes; elle est complètement réfractaire, tandis qu'il y a trois semaines elle s'était endormie après une minute du même essai. Nous lui appliquons les deux pouces sur les globes oculaires, en comprimant légèrement; même insuccès.

29 mars. — Dans une querelle avec son frère, Eugénie reçoit plusieurs coups, d'où résulte une bosse sanguine sur chaque pariétal: un quart d'heure après, souffrant des coups qu'elle vient de recevoir, elle tombe en catalepsie, sans éprouver aucun mouvement convulsif: cet état dure vingt minutes.

30 mars. — Dans la journée, à la suite d'une réprimande de sa mère, survient une attaque accompagnée au début de quelques mouvements convulsifs et durant vingt minutes.

Pendant les mois d'avril, mai, juin, Eugénie a suivi régulièrement son traitement et aucune attaque n'est survenue. La santé physique est devenue meilleure et son caractère est aussi notablement amélioré.

Au mois de juillet, la croyant tout à fait guérie, la famille mit un peu de négligence à lui faire suivre son traitement: elle suspendit le bromure de potassium, les pilules de fer, et ne l'envoya plus à la douche que très irrégulièrement. Vers le milieu du même mois, Eugénie devint irritable, querelleuse, indocile; elle parlait peu, pleurait beaucoup et s'en allait souvent bouder pendant longtemps à l'écart; en même temps l'étude la fatiguait; elle ne pouvait s'appliquer au travail intellectuel sans éprouver de vives céphalalgies. Enfin, elle eut dans l'espace de huit jours trois attaques de catalepsie plus faibles que celles qu'elle éprouvait au printemps, ne s'accompagnant pas de convulsions et durant chacune un quart d'heure. Elle revint de nouveau à la consultation de M. Bouchereau, reprit son traitement qu'elle a suivi régulièrement tout le reste de l'année et n'a plus éprouvé d'attaques. Et maintenant, au mois de janvier 1883, son caractère est revenu à son état normal, sa constitution s'est notablement fortifiée et sa santé physique est tout à fait satisfaisante.

Réflexions. — Cette observation nous paraît remarquable d'abord par la rareté du cas: la catalepsie n'est pas par elle-même une maladie fréquente, mais il est surtout très rare d'en observer des exemples chez des enfants de l'âge de notre malade qui n'est que dans sa neuvième année. Une autre circonstance à noter et qui explique en partie la précocité de ces accidents nerveux chez notre malade, c'est qu'elle est soumise à des influences héréditaires accumulées sur sa tête depuis deux générations, puisque sa grand'

mère a présenté vers l'âge de douze ans des accès de somnambulisme spontané, et que sa mère vers le même âge a été sujette pendant deux années à des attaques convulsives. Enfin, la médication mise en usage a exercé sur la marche de l'affection une heureuse influence incontestable, puisque tous les accidents morbides ont disparu après quelques jours de traitement pour se montrer de nouveau trois mois après, lorsque cette médication a été négligée, et se dissipe enfin sans retour lorsque le traitement a été suivi avec assiduité.

85

ASILE DE VILLE-ÉVRARD. — PH. REY, MÉDECIN ADJOINT.

Rémission de paralysie générale.

SOMMAIRE. — Paralysie générale. — Accès maniaque. — Délire des richesses. — Embarras de la parole. — Inégalité des pupilles. — Disparition complète des troubles intellectuels après dix mois de séjour à l'asile. — Très notable atténuation des symptômes physiques.

Hervé (J.-B.), quarante-un ans, compositeur typographe, entre le 8 septembre 1884 à Ville-Evrard (1). Les différents certificats joints au dossier sont ainsi conçus :

« Démence paralytique, affaiblissement marqué de l'intelligence, de la mémoire, de la volonté et du mouvement, embarras de la parole, filouterie, actes inconscients. »

(LEGRAND et SAULLE.)

« Paralysie générale, indifférence, hésitation de la parole, pupille gauche plus large, contusion de la face. »

(MAGNAN.)

(1) Service de M. Espiau de Lamaestre.

Le certificat immédiat du 9 septembre porte :

« Paralyse générale, inégalité des pupilles. Le malade dit que, depuis trois ans, il est sujet à des étourdissements qui le font tomber. » (B. DE LAMAESTRE.)

Quelques jours plus tard, le malade, jusque-là apathique, est pris d'un accès de manie, avec activité désordonnée, idées de richesses, et état bien marqué de satisfaction personnelle. L'embarras de la parole est, en outre, notable, ainsi que le tremblement de la langue et de l'orbiculaire des lèvres.

Cet état se prolonge pendant les mois d'octobre et de novembre, avec quelques périodes de calme, mais très irrégulières.

Décembre. Calme. Persistance des idées de satisfaction, avec contentement exagéré relatif à l'état de sa santé. Mêmes symptômes physiques.

Mars. Amélioration très notable. Hervé nous raconte lui-même ce qui suit :

Il a fait de fréquents excès de boissons. Depuis plus d'une année, il avait des vertiges, des maux de tête ; il lui arrivait de ne pouvoir traverser une rue ou une place sans être accompagné. Peu de temps avant son admission, il avait eu une attaque avec perte de connaissance. Hervé se rappelle son état d'agitation ; pendant toute cette période, il voyait la Banque de France et des sacs de pièces d'or qu'il comptait.

L'amélioration se maintient et le malade, réclamé par sa famille, est mis en liberté le 4^{er} juin 1882.

Mars 1883. Nous l'avons revu dans une imprimerie, où il travaille depuis sa sortie et où il gagne sept francs par jour. De tous les phénomènes observés, Hervé ne conserve qu'une légère hésitation de la parole et de l'inégalité pupillaire. Il a pris de l'embonpoint.

Remarques. — Un grand nombre d'auteurs ont cité des

cas analogues. Nous avons cru devoir néanmoins enregistrer celui-ci, dont le principal intérêt réside dans la guérison bien établie d'un état mental extrêmement grave. Nous avons aussi noté, dans cette observation, la nature particulière des hallucinations de la vue, source probable des idées de richesse prédominantes chez notre malade pendant toute la durée de l'accès maniaque.

Déontologie

DE LA

CONDUITE A TENIR

QUAND ON EST CONSULTÉ PAR UN SUJET QUI SE CROIT MENACÉ DE FOLIE
PARCE QU'IL EST ISSU DE PARENTS ALIÉNÉS.

MÉMOIRE

LU A LA SÉANCE DU 29 JANVIER 1883 DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Par M. le Dr BILLOD

Membre correspondant de l'Académie de médecine.

On se trouve quelquefois, dans la pratique de la médecine mentale, en présence d'un cas embarrassant, c'est celui où le fils ou la fille d'un père ou d'une mère aliéné vous fait ce raisonnement qui m'a été fait à moi-même plusieurs fois dans le cours de ma carrière médicale, et que l'on me faisait encore il n'y a pas longtemps, en ces termes : « J'ai entendu dire, monsieur le docteur, que la folie est une maladie qui suit le sang (c'est l'expression dont on s'est servi et dont on se sert assez ordinairement pour dire qu'elle est héréditaire). — Or, mon père est aliéné ; suis-je donc destiné à le devenir ? Cela m'inquiète, je l'avoue, et je tiendrais à savoir ce que vous en pensez. »

Le plus souvent, ce fils ou cette fille d'aliéné appuie la manifestation de cette crainte sur l'expression de certaines

souffrances, de certains malaises, de certaines particularités de santé dans lesquelles il ou elle croit voir des symptômes initiaux de folie. C'est ainsi que des céphalalgies, des insomnies qui, dans des conditions ordinaires, passeraient à peu près inaperçues, ou qui arrêteraient à peine l'attention, reçoivent cette interprétation et deviennent des sujets d'inquiétude ou tout au moins de sérieuses préoccupations.

Quelle réponse devons-nous faire à de telles demandes ? Quelle conduite devons-nous tenir en pareil cas ?

Tout le monde comprend que, si l'on répond au nom de la science et sans entourer sa réponse de certaines précautions oratoires, que la folie est, en effet, une maladie héréditaire, le questionneur est fondé à en conclure qu'il est sous le coup de cette terrible loi d'hérédité et il peut n'en falloir pas davantage pour provoquer chez lui l'explosion du mal. Ce serait tout au moins placer une cause déterminante à côté de ce qui n'est encore qu'une prédisposition. D'un autre côté, si on répond par une de ces dénégations, tranchons le mot, par un de ces mensonges dont le devoir pour le médecin est souvent de charger sa conscience vis-à-vis, par exemple, des malades qui l'interrogent sur la gravité de leur maladie et qu'il importe d'illusionner à tout prix, on peut se heurter à un autre écueil. Il se peut, en effet, qu'on ait affaire à des personnes qu'un mensonge n'aurait aucune chance de convaincre, si ce mensonge ne s'appuyait sur des raisonnements assez spécieux pour leur donner le change, à des personnes, par exemple, qui n'ignorent pas qu'une des obligations du médecin est de ne dire la vérité aux malades qu'autant que cette vérité ne peut pas exercer une influence nuisible sur la marche de leur maladie, et surtout qu'elle n'est pas de nature à en hâter le dénouement, quand ce dénouement doit être forcément fatal.

Je crois utile d'ouvrir ici une parenthèse pour constater que, si cette question du mensonge du médecin a été traitée par quelques auteurs, elle ne l'a été que par rapport au

malade et que je ne sache pas qu'elle ait été même posée à l'égard des membres de la famille dans les conditions dont je parle.

J'ai pensé, pour ce qui me concerne, qu'il était nécessaire qu'elle le fût, et c'est pour ce motif que je viens aujourd'hui la soumettre à notre Société. Je crois devoir, d'abord et d'une manière générale, poser en principe que les porteurs d'une prédisposition doivent être jusqu'à un certain point assimilés à des malades, et que la conduite à tenir vis-à-vis d'eux ne doit pas différer sensiblement de celle qui est applicable à ces malades eux-mêmes : d'où la conclusion que si, dans certains cas, le mensonge peut être permis à leur égard, pour écarter d'eux la chance du développement de la maladie à laquelle ils sont prédisposés, le médecin ne doit pas hésiter à y recourir.

Ce ne serait, sans doute, pas l'opinion de l'auteur d'une brochure qui, n'admettant pas qu'on trompe un malade sur la nature ni sur la gravité de sa maladie, même dans le but de faire du bien à sa santé, n'admettrait pas, à bien plus forte raison, qu'on trompât une personne qui n'est que prédisposée, c'est-à-dire qui n'est pas malade. M. Lelient, de Nice, cet auteur, va jusqu'à prétendre que, si la maladie est incurable, il faut le déclarer sans ambage au malade; « il se résignera, » dit-il, « et finira par ne plus s'effrayer même de la mort. » Et M. Lelient finit par donner de son précepte une raison qui aurait pu le dispenser de toutes les autres, ainsi que le fait observer justement M. Dechambre, dans une citation que j'emprunte à son article : *Déontologie du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article vraiment magistral et qui forme à lui seul tout une jurisprudence, c'est que, dit M. Lelient : « *Mentir est toujours laid.* »

Tout en admettant que la vérité crue ne doit pas être cachée dans tous les cas, M. Dechambre, je n'ai pas besoin de le dire, est loin de partager le rigorisme de ce médecin,

il le combat même dans les termes suivants, que je ne puis résister au désir de reproduire.

« Cet honorable confrère, » dit M. Dechambre, « était alors, comme il le dit, hors pratique ; peut-être a-t-il écrit sous l'inspiration de quelques incidents de clientèle. Pour moi, je ne regarde pas comme praticable une conduite aussi rigoureuse : ce serait ne vouloir pas compter avec cet amour instinctif de la vie, cet horreur du néant, « ...ce frisson de mort » qui contracte la chair sur le cœur du plus fort ; ce serait retrancher à la douleur ce baume sans cesse renouvelé de l'espérance qui aide à la supporter, et qui est comme l'avant-goût d'une réalité meilleure. Il est, au contraire, du devoir du médecin d'appeler au chevet de l'homme souffrant la troupe de ces vaines images que les anciens faisaient sortir d'un palais d'ivoire, la troupe des illusions et des songes, et aussi du mensonge, puisque cette *si laide chose* est, le mot le dit, un songe de l'esprit. »

Qu'il me soit permis de dire incidemment, à propos de l'article dont je viens de reproduire un fragment, que l'auteur y rappelle, dans un autre paragraphe, la discussion à laquelle a donné lieu, au sein de notre Société, la question de déontologie que je lui ai soumise au sujet de l'aliénation mentale, sur le point de savoir : si le droit refusé au chirurgien de soumettre à une opération une personne saine d'esprit qui s'y refuse doit lui être accordé à l'égard des aliénés.

Il y rappelle notamment les opinions émises dans le cours de cette discussion par nos honorés collègues, MM. Blanche et Lunier.

Je ferme ici la parenthèse en m'excusant de l'avoir démesurément étendue, et je viens à la question, qui est celle de savoir ce qu'il convient de répondre aux membres des familles d'aliénés quand ils nous demandent si, étant donné le principe de l'hérédité de la folie, ils sont de ce chef menacés de devenir aliénés.

Le devoir du médecin étant, dans ce cas, de rassurer à tout prix, il me semble devoir être établi en principe que sa réponse à cette question doit être conçue et libellée de manière à fournir du principe de l'hérédité de la folie une interprétation qui soit à l'encontre des craintes exprimées.

D'un autre côté, comme l'obligation de dire la vérité en toutes choses n'incombe pas moins au médecin qu'aux autres hommes, il importe que, dans son interprétation du principe de l'hérédité de la folie, celui-ci s'en éloigne le moins possible et que, dans les cas où il croit devoir s'en écarter, il ait la conscience d'obéir à une rigoureuse nécessité et de remplir, même en cela, un devoir professionnel.

Il s'agit, on le voit, d'une question d'interprétation pour laquelle le médecin relève de sa propre conscience et ne doit prendre conseil que de lui-même.

C'est, en un mot, une question de pratique individuelle pour laquelle l'imagination de chaque médecin a le champ libre et pour laquelle il n'est pas, par suite, possible de tracer de règles.

C'est dans cet esprit et sous cette réserve que je vais exposer la manière dont, pour ce qui me concerne, je répons aux préoccupations qui me sont exprimées.

« Il est très vrai, » ai-je l'habitude de dire, « que la folie est une maladie héréditaire ; mais elle ne l'est pas nécessairement, fatalement. Elle est héréditaire en ce sens que, quand un cas de folie éclate dans une famille, on finit, en remontant plus ou moins haut dans les ramifications de l'arbre généalogique, par découvrir qu'il y en a eu déjà, soit chez les ascendants, soit chez les collatéraux ; mais cela ne veut nullement dire que, par cela seul qu'un des membres d'une famille est atteint d'aliénation mentale, tous les autres membres doivent l'être nécessairement et à leur tour.

» L'hérédité ne serait tout au plus, » ajoutai-je, « qu'une cause prédisposante, c'est-à-dire qu'elle n'agit, quand elle

agit, qu'en créant une prédisposition. Or, il ne suffit pas d'avoir une prédisposition à une maladie pour que cette maladie éclate nécessairement; encore y faut-il le concours d'une cause déterminante ou occasionnelle de l'ordre physique ou moral. A défaut de cette cause, de ce facteur spécial qui appartient au monde extérieur comme la plupart des autres causes de maladies, la vie la plus longue peut s'écouler dans les conditions de l'immunité la plus entière par rapport à la prédisposition dont il s'agit, c'est-à-dire dans les conditions de la santé la plus parfaite. »

Dans l'intérêt de la vraisemblance et pour ne pas exagérer mon optimisme, j'ai l'habitude de me prévaloir de cette donnée étiologique, pour insister sur l'importance qu'il y a, dans les conditions où l'on se trouve à régler, son hygiène de manière à éloigner de soi, autant que faire se peut, tout ce qui, en favorisant le développement de la prédisposition, pourrait la faire passer de l'état latent, si je puis ainsi dire, à l'état effectif, et jouer par suite le rôle de cette cause déterminante, de ce facteur spécial dont je viens de parler; et encore me semble-t-il convenir, pour ne pas trop forcer la note sombre, d'ajouter que l'action de cette cause, de ce facteur n'étant que possible, et n'ayant rien de certain, à moins d'une intensité exceptionnelle et que je n'aperçois pas de la prédisposition, il ne faudrait pas, le cas échéant, outre mesure s'en inquiéter.

Je crois devoir, toutefois, faire une exception pour les excès de tout genre que je signale expressément comme jouant le rôle principal parmi les causes déterminantes ordinaires de la folie.

Je ne manque pas non plus de faire valoir cette autre considération qu'il y a pour la folie deux sortes d'hérédités, à savoir: l'hérédité paternelle et l'hérédité maternelle, et que ces deux hérédités peuvent être absolument distinctes l'une de l'autre, c'est-à-dire qu'on peut hériter de son père ou de sa mère, à l'exclusion de l'un ou de l'autre.

J'ajoute qu'il y a des signes qui permettent à un médecin quelque peu exercé de faire chez les descendants la part des deux hérédités et je ne crains pas, après avoir, pour les besoins de la cause et pour la forme, posé quelques questions dans le but apparent d'élucider ce point spécial, de déclarer hardiment, si c'est le fils ou la fille d'un père aliéné qui m'interroge, que je ne découvre pas chez lui ou chez elle les signes de l'hérédité paternelle, et vice versa, si c'est le fils ou la fille d'une mère aliénée; ou pour parler vulgairement, je dis au fils ou à la fille d'un père aliéné qu'il ou elle tient de sa mère qui est saine d'esprit, et au fils ou à la fille d'une mère aliénée qu'il ou elle tient de son père jouissant de toute sa raison.

En général, quand on produit de ces sortes d'allégations, il importe, afin d'en appuyer la vraisemblance, de ne pas se contenter de simples affirmations, et il est bon de les étayer d'un semblant de démonstration.

Il est évident que la plupart du temps, lorsque je fais de semblables déclarations, je parle au hasard et que je ne suis rien moins que sûr de ce que j'avance. Mais, comme je ne suis pas plus sûr du contraire, et comme il se pourrait après tout que je fusse dans le vrai, c'est-à-dire que l'immunité que je fonde sur la différence des hérédités ne fût pas dans tous les cas illusoire, je ne crois pas commettre un mensonge en y recourant pour le but que je me propose. Il tombe sous le sens que, dans les cas où le père et la mère d'un descendant sont aliénés tous deux, la raison tirée des deux hérédités dont l'une serait exclusive de l'autre n'est pas de mise. Il faut alors s'en tenir à la première des explications, c'est-à-dire à celle qui présente l'hérédité de la folie comme ne constituant qu'une prédisposition, laquelle, pour conduire à la folie, suppose le concours d'un facteur spécial pris dans le monde extérieur et en dehors duquel on peut jouir toujours d'une immunité parfaite.

Pour donner plus de force à cet argument, je ne crains pas d'avancer que l'examen auquel je me suis livré du tempérament et des diverses particularités de la santé physique et morale de mon interlocuteur ne me permet de découvrir en lui aucun des signes de la prédisposition à la maladie de ses ascendants, et qu'il a par suite les plus grandes chances d'y échapper, pourvu qu'il observe scrupuleusement les règles d'hygiène qu'il convient de lui tracer à cette fin.

J'ai été plusieurs fois à même de m'exprimer dans ce sens en parlant à des personnes dont le père et la mère étaient tous deux aliénés, et j'ai été assez heureux pour les convaincre qu'elles n'avaient aucun danger à courir du chef de cette double hérédité.

Il est vrai qu'elles m'ont paru plus faciles à rassurer que d'autres moins prédisposées.

Je ne sais si je suis seul à avoir fait cette remarque, mais il m'a semblé, chose bizarre, que la tendance à s'inquiéter était en raison inverse du degré de la prédisposition, et que de même que le véritable aliéné n'a pas, en général, la conscience de l'être, les plus prédisposés à la folie n'étaient pas ceux qui avaient la conscience de cette prédisposition et qu'il y avait là comme une grâce d'état.

Il y a plus, il m'a paru que, non seulement les plus enclins à la crainte de devenir aliénés n'étaient pas ceux chez qui cette crainte pouvait être la plus légitime, mais encore que, quand ces individus se laissaient envahir par des préoccupations hypochondriaques, ils prenaient d'ordinaire le change sur ce qui devrait être l'objet réel de leurs préoccupations et que c'était, en général, d'une maladie tout autre que celle à laquelle ils étaient véritablement prédisposés qu'ils se croyaient menacés ou déjà atteints.

Je puis de cette particularité citer deux exemples, entre plusieurs autres.

Le premier se rapporte à une sommité médicale, morte.

depuis plusieurs années, qui, après avoir eu deux attaques d'apoplexie, ne s'inquiétait nullement de ce fait dont, en sa qualité de médecin, il eût dû apprécier la gravité et qu'il eût à coup sûr jugé très grave pour tout autre que pour lui-même, tandis qu'il se tourmentait d'un diabète qu'il n'avait pas. C'est ainsi que, pendant un séjour qu'il fit à Angers, il demandait continuellement au Dr Daviers qu'il analysât son urine et que, celui-ci lui déclarant en toute sincérité que le résultat de cette analyse était absolument négatif, il prétendait qu'on lui cachait la vérité.

Le deuxième exemple est celui d'un médecin hollandais retiré dans une des îles de la Manche, dont j'avais fait la connaissance à l'asile de Blois, lors d'une visite qu'il fit de cet établissement.

Tourmenté de l'idée qu'il était menacé de paralysie générale et même qu'il en présentait déjà quelques symptômes, tels que céphalalgie, idées de grandeur, embarras de la parole, etc., il traversa deux fois la Manche pour venir à l'asile de Sainte-Gemmes m'exprimer ses craintes et me demander conseil.

Je constatai chaque fois que ces craintes étaient absolument illusoires et, par exemple, qu'il n'y avait pas chez lui le moindre embarras de la parole, que ses céphalalgies se rattachaient à une migraine à laquelle il était sujet depuis longtemps, et que la haute opinion qu'il avait avoir de lui-même et dans laquelle il croyait voir l'indice d'un délire de grandeur, n'avait rien de pathologique.

Après quelques jours passés auprès de moi, il partait rassuré. J'ai appris, depuis, qu'il était mort d'un cancer de l'estomac.

Parmi les personnes entachées de la double hérédité spéciale, il en est deux notamment que j'ai occasion de voir quelquefois depuis plus de vingt ans que j'ai été à même de leur tenir le langage que j'ai plus haut résumé, et qui, malgré le terrible antécédent qui pèse sur elles, sont restées

jusqu'ici absolument indemnes de toute atteinte de folie. Il est vrai qu'elles observent très scrupuleusement les règles de l'hygiène que je leur ai tracées, et on peut même dire à ce propos, que la prescience du danger qui résultait pour elles de l'antécédent dont il s'agit, leur a été en quelque sorte salutaire, car elle les a portées à se garder de tout excès et, en général, de toute infraction à l'hygiène qui tendait à les préserver.

Il y a une circonstance dans laquelle on a beau jeu pour rassurer les personnes qui se croient menacées de folie parce que leur père ou leur mère en sont ou en ont été atteints, c'est celle dans laquelle la folie de ces derniers est survenue postérieurement à l'époque présumée de la conception. On peut, en effet, leur dire alors hardiment que leurs parents n'étant pas aliénés à cette époque, ils n'ont pu transmettre *ce qu'ils n'avaient pas* et que par conséquent la procréation a dû se faire en dehors de toute transmission de leur part.

Cette antériorité de la date de la procréation sur celle de l'invasion de la folie chez les ascendants ne prouve pas toujours contre le principe de l'hérédité de la folie chez les descendants. Nous savons tous, en effet, que ce qui se transmet dans l'espèce des folies héréditaires, ce n'est pas la folie, mais la prédisposition, et que cette prédisposition peut être antérieure, non seulement à l'invasion de la folie elle-même chez le procréateur, mais encore à la procréation du sujet qui doit être atteint en vertu de cette même prédisposition.

Mais, si l'antériorité dont je parle ne constitue pas, en faveur de l'immunité des descendants d'un aliéné, un argument dont il faille s'exagérer la valeur, elle constitue tout au moins une raison assez spécieuse pour convaincre de cette immunité des personnes étrangères à la médecine et pour entretenir dans leur esprit une illusion salutaire à cet égard.

Je termine cette communication par la relation de deux faits de ma pratique, dans lesquels j'ai été plus particulièrement embarrassé et où j'ai eu à faire l'application des données qui précèdent.

Le premier remonte à plus de trente ans. Il s'agissait d'un ancien maître de forges qui, à la suite d'une tentative de suicide par précipitation, fut placé dans une maison de santé. Son fils me tint un jour ce langage :

« Jusqu'au moment où il a attenté à ses jours, mon père n'a présenté aucun désordre mental ; la gaieté naturelle de son caractère ne s'est jamais démentie un instant. Je ne lui ai connu aucun motif de chagrin et c'est tout à coup, sans cause appréciable, que l'idée de suicide s'est emparée de son esprit.

» Son père, à peu près au même âge, s'est tué dans des conditions analogues. Il en est de même de son grand-père, mon bisaïeul.

» Or, me voici moi — j'ai quarante ans — je suis plein de force et de santé, je n'ai aucune disposition à la mélancolie et la vie me sourit autant qu'à personne. Cependant il y a lieu de croire qu'à l'âge de mon père, de mon grand-père et de mon bisaïeul, je me tuerai ou je tenterai de me tuer ; qu'en pensez-vous ? »

La réponse, je l'avoue, m'a paru très embarrassante. Elle n'a pu consister que dans des dénégations reposant sur l'ensemble des raisons que j'ai exposées plus haut. J'ai eu beau dire à mon interlocuteur qu'il s'exagérait l'importance du triple antécédent dont il me parlait, qu'il convenait de voir, dans cette succession de suicides chez ses ancêtres, bien plus un effet de l'influence de l'imitation que celui d'une transmission héréditaire, à proprement parler. Il m'a semblé qu'aucune de mes paroles ne portait coup et que rien ne pouvait le détourner de sa préoccupation.

L'ayant complètement perdu de vue, je ne sais si ses appréhensions se sont réalisées.

L'autre fait s'est produit à l'asile de Rennes, en voici la relation. — La fille d'une aliénée, qui venait voir sa mère tous les dimanches, demanda un jour à me parler. Introduite aussitôt, elle s'exprima à peu près en ces termes : « Monsieur le docteur, je viens vous demander un conseil. Vous savez que ma mère est aliénée depuis plusieurs années, et vous ne m'avez pas dissimulé qu'elle est incurable.

» Or, j'ai toujours entendu dire que la folie est une maladie qui passe dans le sang (c'est l'expression dont elle s'est servie).

» Tant que je me suis crue seule en cause, j'en ai rien dit et je me suis résignée ; mais je me trouve aujourd'hui dans une situation qui me force à parler.

» Je suis, depuis six mois, demandée en mariage par un ouvrier de Rennes. J'ai sur son compte les meilleurs renseignements ; sa conduite est irréprochable ; sa famille est honorable et il a un certain avoir. C'est, en un mot, un parti on ne peut plus sortable, je pourrais même dire inespéré pour moi.

» Je me sens de plus pour lui une véritable inclination. Je n'ai cependant pas cessé de repousser sa demande. Cela ne l'empêche pas de me la renouveler continuellement et ses instances sont devenues telles que j'ai dû, après lui avoir dit que j'étais retenue par la considération de la folie de ma mère et des conséquences qu'elle pourrait avoir pour les suites de notre mariage, lui déclarer que j'allais vous demander conseil.

» Je viens donc vous prier de me dire si je suis vraiment exposée à avoir la maladie de ma mère, ou à la transmettre aux enfants que je pourrais avoir. Ne craignez pas de me dire la vérité, je suis d'avance résignée. »

Aussi surpris qu'embarrassé par cette question, je n'ai su d'abord qu'y répondre et, pour me donner le temps de méditer cette réponse, j'ai adressé à mon interlocutrice quelques questions dont le but apparent était de m'éclair-

rer sur les chances d'immunité qu'elle pouvait présenter.

Après avoir suffisamment réfléchi, et considérant que je ne pouvais la détourner du mariage qui s'offrait à elle, par la confirmation des craintes qu'elle m'exprimait, sans produire sur elle une impression préjudiciable à sa santé et à l'endroit de laquelle mes appréhensions étaient d'autant plus légitimes que cette pauvre fille ne me semblait pas aussi résignée qu'elle voulait bien le dire et s'efforcer de le paraître, je résolus à part moi de la rassurer à tout prix.

Je lui alléguai dans ce but les raisons dont j'ai fourni plus haut l'exposé, et qu'en les lui appliquant, j'avais lieu de croire qu'elle n'était pas menacée de la maladie de sa mère ; j'avoue même que je les lui ai alléguées avec une certaine conviction. Il n'existait, en effet, dans la famille de sa mère aucun autre antécédent héréditaire de folie ; il n'y en avait pas eu un seul dans la branche paternelle. La folie de la mère était le résultat d'une cause morale bien suffisante pour entraîner un trouble de la raison sans qu'il soit besoin, pour l'expliquer, du concours d'une prédisposition héréditaire. Il restait toutefois, un doute dans mon esprit, et ce doute suffit pour que je saisisse avec empressement l'occasion que m'offrit cette fille de parler à son prétendant.

« Je suis trop intéressée dans la question, » me dit-elle à peu près, « pour que je ne me fasse pas scrupule de lui parler moi-même et de lui faire connaître votre avis. »

Je consentis à le recevoir, sous la réserve expresse qu'il me serait permis de lui parler avec une entière franchise, et sans lui rien dissimuler de la démarche qu'elle venait de faire auprès de moi, démarche, du reste, qui était toute à son honneur, car elle témoignait à la fois de son honnêteté et de sa délicatesse.

Ce jeune homme vint en effet. Je lui exposai toutes les raisons que j'avais de penser que, nonobstant l'antécédent de sa mère aliénée, la personne qu'il recherchait était apte

au mariage. Je ne lui dissimulai cependant pas que mon opinion à cet égard n'avait rien d'absolu et qu'elle n'était pas exemptée d'uncertain doute. Il me remercia de ma franchise et, après m'avoir déclaré que le doute que je lui avais exprimé fût-il plus grand, il n'en persévérerait pas moins dans sa résolution de faire le mariage dont il s'agissait, il me quitta, et j'ai su depuis, que le mariage s'est en effet effectué. Mais ayant quitté Rennes, peu de temps après, j'ignore complètement quelles en ont été les suites.

Je crois devoir, en terminant cette communication, faire observer que, dans l'ensemble des réponses que je viens de résumer, je n'ai pas nié un seul instant que la folie fût une maladie héréditaire et que je me suis borné à une supputation de ses chances de transmission dans des cas déterminés.

En maintenant ainsi, même dans une mesure restreinte, le principe de l'hérédité de la folie, j'ai dû prévoir le cas où les événements donneraient tort à mon optimisme et aller ainsi au-devant des mécomptes qui pourraient mettre en défaut ma perspicacité médicale.

Bien que l'objet de cette communication me semble sortir quelque peu du domaine de la science pure, je ne le crois pas sans intérêt pour notre compagnie.

Il y a là une question de déontologie spéciale qui, pourvu qu'on n'en abuse pas, me semble trouver sa place dans nos travaux au même titre que celle à laquelle j'ai fait plus haut allusion, relativement au droit et au devoir du médecin en présence des opérations dont le besoin peut surgir pour le traitement des affections chirurgicales intercurrentes chez les aliénés.

Législation

RÉFLEXIONS

SUR

L'ADMINISTRATION PROVISOIRE DES BIENS DES ALIÉNÉS (1).

Par le Dr Henry BONNET

Directeur-médecin en chef de l'asile d'aliénés
de Châlons-sur-Marne

L'administration des biens des aliénés a une telle importance qu'on comprend difficilement pourquoi elle diffère d'un établissement à un autre, pourquoi on procède d'une certaine façon dans un lieu et pourquoi, dans d'autres, on agit d'une façon essentiellement contraire, ou même qu'on se préoccupe peu des choses.

(1) Cet article a été écrit avant le dépôt au Sénat du projet de revision de la loi du 30 juin 1838 (séance du 25 nov. 1882). Nous le publions, bien que la plupart des desiderata qui y sont formulés trouvent satisfaction dans ce projet; en effet, tant que les nouvelles propositions relatives à la gestion des biens des aliénés non interdits, et placés dans les asiles, ne sont pas volées et promulguées, il est bon, dans l'intérêt même de la discussion, de montrer que les dispositions de la loi de 1838, tout en constituant un immense progrès sur l'état de choses antérieur, n'étaient pas sans présenter de graves lacunes et de sérieux inconvénients.

(La Rédaction.)

Il conviendrait cependant de déterminer un mode formel, unique et précis sur cette matière, lequel serait suivi dans toutes les maisons de santé sans exception.

Nous allons donc tâcher, en ce qui nous concerne, d'étudier cette question, en prenant pour base la loi du 30 juin 1838, la loi du 27 février 1880, les circulaires et instructions ministérielles et l'opinion de divers auteurs.

Nous commencerons d'abord par les dépenses occasionnées par le traitement des aliénés, en voyant à qui incombent ces dépenses.

L'article 27 de la loi du 30 juin 1838 dit que : — « Les » dépenses énoncées dans l'article 26 sont à la charge des » personnes placées; à défaut, à la charge de ceux auxquels il peut être demandé des aliments, aux termes » des articles 205 et suivants du Code civil.

» S'il y a contestation sur l'obligation de fournir des aliments, ou sur leur qualité, il sera statué par le tribunal » compétent, à la diligence de l'administrateur provisoire » délégué en exécution des articles 31 et 32.

» Le recouvrement des sommes dues sera poursuivi et » opéré à la requête de l'administration de l'enregistrement et des domaines. »

L'article 28 de la même loi stipule que les aliénés sans ressources seront traités dans les asiles comme indigents à la charge du département et de la commune où ils sont domiciliés.

La circulaire du ministre de l'intérieur du 5 août 1839 contient des instructions formelles sur l'application de ces articles. — D'après cette circulaire, la dépense de l'aliéné doit être exclusivement à sa charge, tant que ses ressources peuvent y suffire. Il n'y a point à distinguer, à cet égard, entre les intérêts ou les produits des capitaux appartenant à l'aliéné et ces capitaux eux-mêmes. — Cependant, dans le cas où les revenus de l'aliéné seraient absorbés par les besoins de sa famille que l'application stricte de la loi plon-

gerait dans la détresse, si le préfet pense qu'il existe des motifs particuliers et assez graves pour ne pas exiger le paiement de la dépense de l'aliéné, en totalité ou en partie, sur ses propres ressources, il est autorisé à faire à ce sujet une proposition spéciale sur laquelle le ministre de l'intérieur s'est réservé de statuer.

La même circulaire, traitant de l'obligation des familles, s'exprime ainsi : — « Quand les biens personnels de l'insensé sont insuffisants pour pourvoir aux frais de son entretien et de son traitement, vous ferez rechercher, monsieur le préfet, si, parmi ses parents, il en est à qui des aliments puissent être demandés, et vous apprécierez, conformément aux règles du droit civil, dans quelle proportion et jusqu'à concurrence de quelle somme ces aliments devront être réclamés de chacun d'eux. — Vous ne perdrez pas de vue que la fixation du chiffre réglé par vous sera toujours susceptible de modification, d'après les changements qui surviendraient dans la position des débiteurs, puisque les aliments ne sont accordés par la loi que dans la proportion du besoin de celui qui les réclame et de la fortune de celui qui les doit. Au surplus, en cas de contestation, soit sur l'obligation de fournir des aliments, soit sur leur quotité, il sera statué par les tribunaux, à la diligence de l'administrateur provisoire désigné en exécution des articles 34 et 32 de la loi du 30 juin 1838. »

Nous avons relaté cette circulaire parce qu'elle peut être invoquée à chaque instant au point de vue de l'administration provisoire. — Quant à ce qui concerne le placement des aliénés à la charge des communes et du département, nous ne nous en occuperons pas.

Mais, comme le deuxième paragraphe de l'article 27 de la loi dit qu'en cas de contestation il sera statué par les tribunaux, à la diligence de l'administrateur provisoire, il est bon de mentionner ici, d'après le Code civil, quels sont

les membres de la famille qui sont tenus de pourvoir aux besoins des aliénés. En voici la nomenclature :

1° *Les ascendants*. — Les père et mère sont tenus de nourrir, entretenir et élever leurs enfants (art. 203 du Code civil). — Ils doivent aussi des aliments à leurs gendres et belles-filles (art. 207), à moins qu'il n'y ait eu convol de la part de ceux-ci, ou que celui des époux qui produisait l'affinité et les enfants issus du mariage ne soient décédés (article 206).

Cette dette est personnelle à chacun d'eux et n'est nullement une charge de la communauté (décision de la cour d'appel de Colmar du 7 août 1843).

Les ascendants supérieurs doivent aussi des aliments à leurs petits-enfants (cour d'appel de Paris, arrêt du 2 août 1806). Mais, ils ne sont soumis à cette obligation que lorsque les père et mère sont dans l'impuissance de la remplir eux-mêmes (*Droit civil*, Toullier, t. II, art. 642).

Les enfants naturels reconnus jouissent, à cet égard, des mêmes droits que les enfants légitimes (arrêt de la Cour de cassation du 27 août 1844).

2° *Les descendants*. — L'article 205 du Code civil dit, par une juste réciprocité, que les enfants doivent les aliments à leurs père et mère et autres ascendants. Il en est de même des gendres et belles-filles (art. 206). — Toutefois, il ne faut pas confondre la belle-fille, dont parle l'art. 206 et qui est la femme du fils, avec la fille qu'une femme mariée deux fois a eue d'un premier lit et qui, improprement, est appelée belle-fille. — L'observation est la même pour le second mari de la mère et pour la seconde femme du père, qu'on nomme vulgairement beau-père et belle-mère. — Le second mariage n'a établi aucune obligation d'aliments entre la nouvelle femme ou le nouveau mari et les enfants préexistants (Duranton, *Cours de Code civil*, t. II, n° 403).

3° Les adoptants aux adoptés, et réciproquement (art.

349 du Code civil) et les descendants de l'adopté à l'adoptant.

4° Les tuteurs officieux et leur succession au pupille.

5° Les époux, même séparés, se doivent entre eux des aliments (art. 203, 244, 268, 4448, 4537, 4558 et 4575 du Code civil).

Dans la fixation des aliments, on doit prendre en considération tout à la fois le besoin de celui qui les réclame et la fortune de celui qui les donne. Cette règle est applicable à l'administration qui ne doit former de demandes qu'autant que les débiteurs auraient le moyen de fournir des aliments en argent.

Mais le deuxième paragraphe de l'article 27 de la loi du 30 juin 1838 qui dit qu'en cas de contestation, une action judiciaire devra être intentée par l'administrateur provisoire, rencontre pour certains aliénés une difficulté d'exécution à l'égard de parents qui souvent sont domiciliés dans un département éloigné de l'asile où le malade est séquestré. Dans ce cas qui n'a pas été prévu par les instructions ministérielles, ce nous semblerait assez raisonnable et conforme à l'esprit de la loi, dit Durieu, de charger l'administration de l'enregistrement et des domaines du soin d'introduire et de suivre l'instance au nom de l'aliéné et à la diligence de l'administration provisoire. L'administration de l'enregistrement a des agents dans toutes les localités, et elle intervient déjà dans ce qui concerne le service des aliénés puisque le paragraphe 3 de l'article 27 de la loi du 30 juin 1838, la charge d'opérer les recouvrements sur les familles.

Dans le cas où les parents refuseraient de participer à la pension et se prétendraient indigents, il doit en être référé au préfet qui, d'après les renseignements obtenus, accordera, s'il y a lieu, un dégrèvement intégral ou partiel selon le degré de pauvreté. Si la contestation porte sur le fond du droit, c'est-à-dire si les parents prétendent ne devoir aucune pension alimentaire à l'aliéné, le préfet, après avoir

pris avis de l'administrateur provisoire chargé d'exercer les poursuites, apprécie, d'après les circonstances, la portion de dépense qu'il croit devoir prendre à la charge du département. Après sa décision sur ce point, comme aussi dans le cas où l'administrateur provisoire aurait jugé que la fortune des parents leur permet de fournir à l'aliéné une pension alimentaire supérieure au taux de la dernière classe, cet administrateur devrait actionner les parents pour obtenir d'eux, soit dans la première hypothèse, la portion de la pension que le préfet n'aurait pas cru devoir mettre à la charge du département; soit, dans le second cas, la somme qu'il aurait lui-même jugé convenable de réclamer à titre d'aliments.

Les poursuites doivent s'exercer par voie de contrainte, et l'opposition portée devant le tribunal du domicile des opposants, qui, seul, est compétent aux termes de l'article 59 du Code de procédure civile. Toutefois, si la pension alimentaire réclamée des parents de l'aliéné n'excédait pas 450 francs, l'opposition à la contrainte sera portée devant le juge de paix par application de l'article 6 de la loi du 25 mai 1838.

Toutes ces considérations relatées, nous entrerons maintenant dans l'administration provisoire des biens des aliénés non interdits (articles 31, 32 et suivants de la loi du 30 juin 1838). Nous nous occuperons des biens, valeurs et revenus appartenant aux aliénés, en nous conformant à l'esprit de la loi et aux circulaires et instructions qui en ont été la suite.

L'article 31 de la loi précitée est ainsi conçu :

« Les commissions administratives ou de surveillance des hospices ou établissements publics d'aliénés, exerceront à l'égard des personnes non interdites qui y seraient placées les fonctions d'administrateur provisoire. Elles désigneront un de leurs membres pour les remplir. L'administrateur ainsi désigné, procédera au recouvrement des sommes

dues à la personne placée dans l'établissement et à l'acquittement de ses dettes; passera des baux qui ne pourront excéder trois ans, et pourra même, en vertu d'une autorisation spéciale accordée par le président du tribunal civil, faire vendre le mobilier. Les sommes provenant, soit de la vente, soit des autres recouvrements, seront versées directement dans la caisse de l'établissement et seront employées, s'il y a lieu, au profit de la personne placée dans l'établissement. Le cautionnement du receveur sera affecté à la garantie desdits deniers, par privilège aux créances de toute nature. Néanmoins, les parents, l'époux ou l'épouse des personnes placées dans des établissements d'aliénés dirigés ou surveillés par ces commissions administratives, ces commissions elles-mêmes, ainsi que le procureur de la République, pourront toujours recourir aux dispositions des articles suivants. »

Il est à remarquer que le système de l'administrateur provisoire n'a été introduit dans la loi que pour les établissements publics, et que les individus placés volontairement ou d'office dans les établissements privés n'y sont pas soumis. A leur égard, il est nécessaire de se pourvoir devant les tribunaux, conformément à l'article 32.

Les personnes interdites et les mineurs non émancipés ne sont pas soumis à l'administration provisoire, puisque leurs intérêts sont gérés par leur tuteur. Quant au mineur émancipé ou au majeur pourvu d'un conseil judiciaire, comme leurs intérêts ne sont gérés dans aucun cas par leur curateur ou conseil, qui n'interviennent que pour leur donner des avis, ils doivent être placés dans l'administration provisoire des commissions.

L'administrateur provisoire ne touche par lui-même aucuns deniers, s'il procède au recouvrement des sommes dues à l'aliéné. Ce doit être par l'entremise du receveur qui, seul, poursuit, reçoit et paye, et dont le cautionnement est affecté, par privilège, à la garantie de cette gestion.

L'interprétation est juste et raisonnable. En effet, le cautionnement du receveur étant affecté à la garantie tant des recettes et dépenses des comptes-asile que des recettes et dépenses des comptes particuliers des malades, c'est à lui, et à lui seul qu'incombe la responsabilité du recouvrement des sommes appartenant aux aliénés, qu'elles soient portées à leur compte-dépôt ou à leur compte-patrimoine.

D'un autre côté, l'article 4444 de l'Instruction générale du ministre des finances sur la comptabilité, en date du 20 juin 1839, dit que les dépôts, soit d'argent, soit d'objets précieux, appartenant à des malades, sont faits aux receveurs hospitaliers qui ont seuls qualité pour recevoir ces dépôts. Il doit en être de même des sommes revenant aux aliénés par succession ou autrement. L'administrateur provisoire doit procéder à leur recouvrement ; mais, il n'a pas qualité pour donner quittance et, en admettant, à la rigueur, qu'il le fasse, la quittance doit toujours être contresignée par le receveur qui, seul, est responsable vis-à-vis de l'administration et des familles.

L'administrateur provisoire passe les baux qui n'excèdent pas trois ans et peut même, en vertu d'une autorisation du président du tribunal civil, faire vendre le mobilier. Quoique la loi ne précise pas le magistrat compétent à ce sujet, soit celui du domicile du malade, soit celui de la situation de l'établissement, il semble qu'on doit s'adresser à celui du domicile qui, en matière de succession, de minorité et d'interdiction, est le seul compétent.

Les sommes recouvrées, qui ne se trouvent pas absolument absorbées par les dettes de l'aliéné, ne sont pas employées exclusivement au paiement de sa pension ou à d'autres dépenses personnelles. La loi dit seulement : « s'il y a lieu » ; ce qui est fort juste. L'aliéné peut être père de famille ou avoir des ascendants dans la misère. Dans ce cas, c'est au préfet qu'il appartient, aux termes de la circulaire ministérielle du 5 août 1839, de déterminer quelle est la part

qui doit revenir à la famille, et quelle est celle qui doit être employée au paiement de la pension. Nous ne pensons pas, et ce, malgré l'opinion contraire de divers auteurs, que l'administrateur provisoire ait le droit de faire cette détermination. La circulaire du 5 août 1839 est formelle. C'est le préfet seul qui décide, et l'administrateur ne peut que soumettre ses propositions au préfet qui les examine, les accepte ou les repousse, selon qu'il le juge convenable.

L'article 32 de la loi du 30 juin 1838 a trait à la nomination d'un administrateur provisoire nommé par le tribunal du domicile de l'aliéné, sur la demande des parents, de la commission de surveillance ou du procureur de la République après délibération du conseil de famille du malade.

Les attributions de l'administrateur provisoire commis par justice, conformément à l'article 32 de la loi et à l'article 497 du Code civil, sont les mêmes que celles de l'administrateur provisoire d'office nommé en exécution de l'article 34 de la loi.

L'administrateur ne peut faire que des actes d'administration. — S'il y a lieu de vendre des biens immeubles, l'administrateur n'a pas qualité suffisante. Il faut, de toute nécessité, recourir à l'interdiction et faire nommer un tuteur qui accomplit les formalités prescrites par la loi en pareil cas.

L'interdiction est nécessaire, également, s'il y a lieu d'accepter ou de répudier une succession échue à l'aliéné; mais l'administrateur provisoire a qualité suffisante pour le représenter dans les inventaires, comptes, partages et liquidations dans lesquelles il serait intéressé, et qui auraient pour objet des successions acceptées par l'aliéné avant son internement.

Ici, qu'on nous permette quelques réflexions.

Il arrive souvent, dans les asiles, que les aliénés, au cours de leur traitement, sont appelés à recueillir pour partie des successions dans lesquelles entrent, outre des biens

mobiliers, des biens immobiliers indivis entre les héritiers. — Or, comme, en vertu de l'article 845 du Code civil, nul ne peut être contraint à rester dans l'indivision, les autres héritiers demandent le partage ou la licitation des biens, ce qui entraîne l'interdiction du malade et nécessite des frais considérables qui absorbent, dans la majeure partie des cas, tout l'avoir pouvant revenir à l'aliéné dans ces successions.

Ne pourrait-on pas modifier la loi en ce sens, et donner à l'administrateur provisoire le pouvoir d'aliéner les immeubles avec une autorisation du président du tribunal civil du domicile de l'aliéné (comme pour la vente du mobilier) quand les biens indivis dépendant d'une succession échue à l'aliéné ne dépasseraient pas, pour la part revenant audit aliéné, une valeur déterminée? — Il y aurait avantage, au point de vue des intérêts du malade qui, par suite de l'interdiction, se trouve lésé dans ses droits d'héritier, étant seul à supporter les frais énormes qu'entraîne cette formalité judiciaire.

L'administrateur provisoire a-t-il le droit de toucher les créances hypothécaires dues à un aliéné et de donner mainlevée en son nom des inscriptions prises sur les immeubles du débiteur? — Non. La loi ne lui confère aucun pouvoir à cet égard; il s'agit d'une action immobilière qui nécessite l'interdiction. Nous pensons comme pour l'aliénation des immeubles indivis; quand l'époque du remboursement de la créance est arrivée, et que le débiteur veut absolument se liquider, on ne peut que recourir à l'interdiction de l'aliéné créancier. — Bien souvent la créance est insignifiante et est absorbée tout entière par les frais judiciaires; nous croyons qu'il serait utile d'accorder à l'administrateur provisoire le pouvoir de toucher et de donner mainlevée des inscriptions hypothécaires quand la créance ne dépasserait pas une somme déterminée.

De même, pourquoi ne donnerait-on pas à l'adminis-

trateur provisoire, le droit attribué au tuteur, et pour éviter les frais d'interdiction, d'accepter une succession échue à un aliéné, sous bénéfice d'inventaire seulement, et en faisant au greffe du tribunal la déclaration prescrite par les articles 793, 794 et 795 du Code civil?

Je signale, et j'y insiste beaucoup, ces inconvénients relatifs aux aliénés.

ART. 33. — Le tribunal, sur la demande de l'administrateur provisoire ou à la diligence du procureur de la République, désignera un mandataire spécial à l'effet de représenter en justice tout individu non interdit et placé ou retenu dans un établissement d'aliénés, qui serait engagé dans une contestation judiciaire au moment du placement, ou contre lequel une action civile serait intentée postérieurement. — Le tribunal pourra aussi, dans le cas d'urgence, désigner un mandataire spécial à l'effet d'intenter, au nom des mêmes individus, une action mobilière ou immobilière. — L'administrateur provisoire pourra, dans les deux cas, être désigné pour mandataire spécial.

Aux termes de cet article, l'administrateur provisoire ne peut intenter ou défendre une action en justice qu'autant qu'il y est autorisé par jugement spécial.

Il n'a qualité pour transiger qu'en accomplissant les formalités tracées par l'article 467 du Code civil pour les mineurs, c'est-à-dire avec l'autorisation du conseil de famille et de l'avis de trois jurisconsultes désignés par le procureur de la République. La transaction doit toujours être homologuée par le tribunal de première instance saisi du litige, le procureur de la République entendu.

Dans aucun cas, comme l'administrateur provisoire n'a pas la libre disposition des droits de l'aliéné, il ne peut passer un compromis ni constituer un arbitrage (Code de procédure civile, art. 1003).

Il résulte également des dispositions de l'article 33 que l'administrateur provisoire n'a pas le pouvoir de représenter un aliéné en justice. Il faut un pouvoir exprès déli-

vré par les tribunaux, soit à l'administrateur provisoire lui-même, soit à un mandataire spécial, et ce pouvoir est déterminé à un ou plusieurs litiges désignés dans le jugement nommant le mandataire. Il en peut être accordé généralement pour toutes les actions dans lesquelles l'aliéné serait intéressé.

La nécessité d'un mandataire spécial échet toutes les fois que l'aliéné actionne ou est actionné en justice; et, par ces mots « *en justice* », il faut entendre les tribunaux, depuis le juge de paix et le conseil de prud'hommes jusqu'à la Cour de cassation, les arbitres et les juridictions administratives, conseils de préfecture, cour des comptes, conseil d'État et autres.

Tout administrateur provisoire peut toujours requérir la nomination d'un mandataire spécial.

La nomination du mandataire spécial, comme celle de l'administrateur provisoire commis par justice, doit être faite par le tribunal du domicile de l'aliéné.

L'article 34 de la loi du 30 juin 1838 a trait aux causes qui peuvent dispenser de l'administration provisoire.

ART. 35. — Dans le cas où un administrateur provisoire aura été nommé par jugement, les significations à faire à la personne placée dans un établissement d'aliénés, seront faites à cet administrateur. — Les significations, au domicile, pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux. — Il n'est point dérogé aux dispositions de l'article 473 du Code de commerce.

Cette disposition s'applique seulement au cas où un administrateur provisoire a été nommé par jugement. Si donc il n'existe qu'un administrateur provisoire d'office (art. 34 de la loi) la signification doit être faite au dernier domicile connu de l'aliéné.

La différence est assez difficile à expliquer. Les droits de l'administrateur commis par justice et ceux de l'administrateur d'office sont les mêmes, et nous ne comprenons

pas bien ces deux manières de procéder. Nous pensons même qu'il y aurait avantage pour l'aliéné à ce que toutes les significations qui peuvent lui être faites soient données à celui qui est chargé, d'après la loi, de ses intérêts et de l'administration de ses biens.

Le dernier paragraphe de l'article 35 contient une exception en faveur du protêt qui doit être signifié dans les vingt-quatre heures de l'échéance au dernier domicile de l'aliéné, parce qu'on a pensé que les créanciers pouvaient ignorer l'internement du débiteur.

Mais alors à quoi sert le protêt, et quel sera le rôle de l'administrateur?

ART. 36. — A défaut d'administrateur provisoire, le président, à la requête de la partie la plus diligente, commettra un notaire pour représenter les personnes non interdites placées dans les établissements d'aliénés dans les inventaires, comptes, partages] et liquidations, dans lesquels elles seraient intéressées.

La disposition de cet article rentre dans les termes de l'article 443 du Code civil en matière d'absence, avec cette seule différence qu'en cas d'absence, c'est le tribunal qui désigne le notaire, tandis que pour les aliénés c'est le président.

Les attributions du notaire commis n'embrassent pas toutes celles déparées à l'administrateur provisoire. Elles sont restreintes aux opérations d'inventaire, de compte, de partage ou de liquidation, pour lesquelles il a été commis, et ne peuvent s'étendre plus loin. — Mais, dans le cercle de ses opérations, il a des pouvoirs plus étendus que l'administrateur, car il peut comparaitre en justice et y soutenir, s'il y a lieu, les intérêts de l'aliéné.

Le droit de provoquer le partage appartient-il au notaire commis? — Divers auteurs et jurisconsultes, Toullier, Sirey, Merlin, Delvincourt disent « non ». — Durieu dit « oui ». — Il le dit, attendu que représenter un aliéné ou

un absent dans une liquidation ou un partage, c'est faire, sous l'approbation de la justice et dans ces opérations, ce qu'ils feraient eux-mêmes; par conséquent, c'est agir, c'est provoquer, c'est défendre. C'est aussi l'opinion de Renaudin dans ses commentaires médico-administratifs sur le service des aliénés.

Pas plus que l'administrateur provisoire, le notaire commis n'a le droit d'accepter une succession échue à un aliéné, même sous bénéfice d'inventaire. — Il n'a pas le droit, non plus, de passer de compromis, n'ayant pas la libre disposition des droits de l'aliéné (Duvergier, *Notes sur la loi du 30 juin 1838*, t. XXXVIII, p. 519; — Duranton, *Cours de code civil*, I, no 396).

ART. 37. — Les pouvoirs conférés en vertu des articles précédents cesseront de plein droit dès que la personne placée dans un établissement d'aliénés n'y sera plus retenue. — Les pouvoirs conférés par le tribunal en vertu de l'article 32 cesseront de plein droit à l'expiration d'un délai de trois ans; ils pourront être renouvelés. — Cette disposition n'est pas applicable aux administrateurs provisoires qui seront donnés aux personnes entretenues par l'administration dans des établissements privés.

Le texte du premier paragraphe de cet article est parfaitement et justement applicable aux aliénés sortis guéris. — Mais la loi n'aurait-elle pas dû prévoir le cas où un malade sort d'un établissement, sur la demande de ses parents, conformément à l'article 44, ou sur un jugement du tribunal, en exécution de l'article 29, avant que la guérison ne soit déclarée et, le plus souvent, malgré l'avis des médecins, et ne devrait-elle pas le garantir contre les captations dont il pourra être assiégré dans cet état?

Ici, nous sommes forcé de signaler un fait des plus regrettables, et pourtant rigoureusement vrai. Il arrive parfois que les familles usent de la faculté qui leur est accordée justement par les articles 44 et 29 de la loi, non dans un sentiment d'affection ou de pitié, mais dans un but de

spoliation. — Nous assistons, profondément attristés, à ces agissements des familles, qui font sortir les aliénés avant qu'ils ne soient guéris pour pouvoir capter plus facilement leur fortune ou leur succession. — Nous assistons à la réintégration de ces malheureux qu'on nous ramène au bout d'un, deux ou trois mois tout au plus de séjour à l'extérieur, et qu'on laisse ensuite dans le plus complet abandon sans s'occuper d'eux et sans en réclamer seulement des nouvelles.

Il y a longtemps déjà que j'ai écrit que l'aliéné, même guéri, ne se trouvera pas tout d'abord en état de régler ses affaires comme le commun des hommes. Il aura encore besoin, pendant quelque temps, d'une attention soutenue, attention qui ne pouvait lui venir que de la famille ; mais, trop fréquemment à la merci de parents avides, il ne trouvera pas les renseignements nécessaires, les données utiles, l'amitié voulue pour se mettre à même de reprendre le maniement de son bien. Il verra s'enchevêtrer des obstacles apportés par les gens qui ont besoin de sa présence ; il s'excitera et redeviendra fou. — Etant malade, ses biens n'auront pas été tous, tant s'en faut, employés pour son intérêt ; la parenté pêche en eau trouble, ou bien des combinaisons particulières font faire pour un avenir personnel la boule de neige aux finances de l'individu. — Rendu à la liberté, il ne jouira pas de ce qui lui appartient et éprouvera mille contrariétés. — Retombé malade, il pourra devenir incurable et n'obtiendra de sa fortune que le strict nécessaire.

Nous croyons donc que la loi aurait dû prévoir la sortie d'un aliéné non guéri et assurer une garantie à l'administration de ses biens et à la gestion de ses intérêts. Nous croyons qu'il suffirait que la loi donnât, dans ce cas, le droit à l'administrateur provisoire d'office ou à l'administrateur par justice de provoquer et de réclamer pour tout aliéné sorti non guéri la nomination, par le tribunal civil du domi-

cile du malade, d'un nouvel administrateur qui ne pourrait jamais être choisi parmi les héritiers présomptifs de l'aliéné.

Si l'administrateur provisoire ignorait la sortie d'un aliéné, les actes faits par lui, dans cette ignorance, seraient valables conformément à l'article 2008 du Code civil.

ART. 38. — Sur la demande de l'intéressé, de l'un de ses parents, de l'époux ou de l'épouse, d'un ami, ou sur la provocation d'office du procureur de la République, le tribunal pourra nommer, en chambre du conseil, par jugement non susceptible d'appel, en outre de l'administrateur provisoire, un curateur à la personne de tout aliéné non interdit placé dans un établissement d'aliénés, lequel devra veiller : 1° à ce que ses revenus soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison ; 2° à ce que ledit individu soit rendu au libre exercice de ses droits aussitôt que sa situation le permettra. — Ce curateur ne pourra pas être choisi parmi les héritiers présomptifs de la personne placée dans un établissement d'aliénés.

D'après cet article, l'administrateur provisoire gère les biens de l'aliéné; le curateur veille à sa personne. Le premier doit pourvoir à la conservation de sa fortune, le second à l'amélioration de son état sanitaire. — Afin de mieux assurer ce dernier résultat, la loi refuse la curatelle aux héritiers présomptifs, quels qu'ils soient, ascendants, collatéraux ou autres. Elle a craint que l'intérêt personnel ne compromît quelquefois un si pieux devoir. A cette cause d'incapacité il faut joindre toutes celles prévues par le Code civil dans les articles 442 à 449 relatifs à la tutelle.

Le même individu ne peut pas cumuler la curatelle avec l'administration provisoire de l'aliéné (Duvergier, *Notes sur la loi*, t. XXXVIII, p. 520).

Outre que cet article n'est à peu près jamais appliqué, nous nous permettrons de faire observer que la défense faite par la loi de refuser la curatelle aux héritiers présomptifs devrait s'appliquer également à la nomination du tuteur à l'interdiction. — En effet, qu'a voulu la loi du 30

juin 1838 ? Eviter le plus possible l'interdiction. Malheureusement, l'interdiction est réclamée très souvent par les familles, sur les conseils des hommes d'affaires, pour s'approprier la gestion et l'administration des biens de l'aliéné. Le tuteur nommé est généralement un proche parent qui peut spéculer sur les économies à faire et placer son pupille à la classe de pension la moins élevée pour arriver à grossir dans une certaine mesure le capital pouvant dépendre, dans un avenir plus ou moins rapproché, de la succession de l'aliéné. — Le fait que nous citons est tellement vrai (et je l'ai plusieurs fois signalé à l'autorité préfectorale), que lorsque l'interdiction d'un aliéné est prononcée, on laisse souvent ignorer à l'administration de l'asile la délibération du conseil de famille nommant le tuteur, et ce, en dépit de l'article 42 de la loi; on désire que le tuteur soit plus à l'aise de gérer et d'administrer la fortune de son pupille en n'en employant qu'une partie au paiement de sa pension, ou même en laissant toute la charge de cette pension au département quand le malade a été placé comme indigent. — Pourtant, il nous semble que l'asile peut avoir intérêt à connaître le nom du tuteur, quand ce ne serait que pour l'exécution du dernier paragraphe de l'article 44 et du texte de l'article 47 de la loi. D'un autre côté, l'administrateur provisoire peut avoir des comptes à rendre au tuteur. Si celui-ci est inconnu, comment veut-on que l'administration s'en retire, et surtout quel pouvoir la loi donne-t-elle pour forcer le tuteur à employer autant que possible tous les revenus de l'aliéné à l'amélioration de sa position et empêcher la spéculation des familles? (Art. 510 du Code civil.)

Si le Code civil a essayé, et en cela il s'est imbu des lois romaines, de s'entourer de tous les éléments indispensables pour juger sainement l'interdiction; si, d'un autre côté, la procédure est impartialement faite avec toute la rigueur exigible, il n'est pas moins vrai que, l'interdiction

une fois prononcée, la loi a cru protéger les intérêts d'une personne et n'a fuit, sans le vouloir, que favoriser son dépouillement. L'article 540 est impuissant à arrêter l'exploitation.

ART. 39. — Les actes faits par une personne placée dans un établissement d'aliénés, pendant le temps qu'elle y aura été retenue, sans que son interdiction ait été prononcée ni provoquée, pourront être attaqués pour cause de démence, conformément à l'article 1304 du Code civil. — Les dix ans de l'action en nullité courront, à l'égard de la personne retenue qui aura souscrit ces actes, à dater de la signification qui lui en aura été faite, ou de la connaissance qu'elle en aura eue après sa sortie définitive de la maison d'aliénés; — et, à l'égard de ses héritiers, à dater de la signification qui leur en aura été faite, ou de la connaissance qu'ils en auront eue, depuis la mort de leur auteur. — Lorsque les dix ans auront commencé de courir contre celui-ci, ils continueront de courir contre les héritiers.

Cet article ne vise que les actes qui pourraient être signés par un aliéné au cours de sa séquestration. La nullité de ces actes paraîtrait découler de l'internement lui-même, puisque la loi, d'après les articles précédents, ne jugeant pas un insensé capable d'administrer lui-même ses affaires, l'entoure d'administrateurs et de mandataires qui sont chargés de veiller à ses intérêts. Mais le législateur a voulu, dans cette question, agir avec la plus grande réserve, et prévoir le cas où un individu serait placé à titre d'observation médicale dans un asile d'aliénés, qu'il serait reconnu non aliéné par les médecins, et que, dans le cours de sa séquestration, il aurait été appelé pour le besoin de ses affaires à signer des actes urgents. Le législateur s'est donc borné à dire que ces actes pourraient être attaqués pour cause de démence, et a laissé aux juges la faculté de prononcer suivant les circonstances.

ART. 40. — Le ministère public sera entendu dans toutes les affaires qui intéresseront les personnes placées dans un

établissement d'aliénés, lors même qu'elles ne seraient pas interdites.

Cette disposition n'est que l'application de l'article 83 du Code de procédure civile qui porte que : « Seront communiquées au procureur de la République... les causes des mineurs, et généralement toutes celles où l'une des parties sera défendue par un curateur. »

La loi du 27 février 1880 a modifié, en partie, les attributions des administrateurs provisoires.

Comme cette nouvelle législation n'est pas assez connue, nous la reproduisons :

ART. 1^{er}. — Le tuteur ne pourra aliéner, sans y être autorisé préalablement par le conseil de famille, les rentes, actions, parts d'intérêt, obligations, et autres meubles incorporels quelconques appartenant au mineur ou à l'interdit.

ART. 2. — Lorsque la valeur des meubles incorporels à aliéner dépassera, d'après l'appréciation du conseil de famille, quinze cents francs en capital, la délibération sera soumise à l'homologation du tribunal qui statuera en la chambre du conseil, le ministère public entendu, le tout sans dérogation à l'article 883 du Code civil. — En tout cas, le jugement sera ciablen rendu en dernier ressort.

ART. 3. — L'aliénation sera opérée par le ministère d'un agent de change, toutes les fois que les valeurs seront négociables à la Bourse, au cours moyen du jour.

ART. 4. — Le mineur émancipé au cours de la tutelle, même assisté de son curateur, devra observer pour l'aliénation de ses meubles incorporels, les formes ci-dessus prescrites à l'égard du mineur non émancipé par le mariage.

ART. 5. — Le tuteur devra, dans les trois mois qui suivront l'ouverture de la tutelle, convertir en titres nominatifs les titres au porteur appartenant au mineur ou à l'interdit et dont le conseil de famille n'aurait pas jugé l'aliénation nécessaire ou utile. — Il devra également convertir en titres nominatifs les titres au porteur appartenant au mineur ou à l'interdit, de quelque manière que ce fût, et ce, dans le même délai de trois mois, à partir de l'attribution définitive et de la mise en possession de ces valeurs.

Le conseil de famille pourra fixer pour la conversion un terme plus long.

Lorsque, soit par leur nature, soit à raison de conventions, les valeurs au porteur ne seront pas susceptibles d'être converties en titres nominatifs, le tuteur devra dans les trois mois obtenir du conseil de famille l'autorisation soit de les aliéner avec emploi, soit de les conserver ; dans ce dernier cas, comme dans celui prévu par le paragraphe précédent, le conseil pourra prescrire le dépôt des titres au porteur, au nom du mineur et de l'interdit, soit à la caisse des dépôts et consignations, soit entre les mains d'une personne ou d'une société spécialement désignée.

ART. 6. — Le tuteur devra faire emploi des capitaux appartenant au mineur ou à l'interdit, ou qui leur adviendraient par succession ou autrement. et ce, dans le délai de trois mois, à moins que le conseil ne fixe un délai plus long, auquel cas il pourra en ordonner le dépôt. — Les règles prescrites par les articles ci-dessus et par l'article 453 du Code civil seront applicables à cet emploi. — Les tiers ne seront, dans aucun cas, garants de l'emploi.

ART. 7. — Le subrogé tuteur devra surveiller l'accomplissement des formalités prescrites par les articles précédents. Il devra, si le tuteur ne s'y conforme pas, provoquer la réunion du conseil de famille devant lequel le tuteur sera appelé à rendre compte de ses actes.

ART. 8. — Les dispositions de la présente loi sont applicables aux valeurs mobilières appartenant aux mineurs et aliénés placés sous la tutelle soit de l'administration de l'Assistance publique, soit des administrations hospitalières. — Le conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique et les commissions administratives rempliront à cet effet les fonctions attribuées au conseil de famille. Les dispositions de la présente loi sont également applicables aux administrateurs provisoires des biens des aliénés.

ART. 9. — Les tuteurs entrés en fonctions et les mineurs émancipés antérieurement à la présente loi seront tenus de s'y conformer.

ART. 10. — La conversion de tous titres au porteur en titres nominatifs est soumise aux mêmes conditions et formalités que l'aliénation de ces titres.

De tout ce qui précède, et en appuyant sur les diverses

modifications à apporter à la législation en vigueur et que nous avons signalée plus haut, nous croyons qu'il serait rationnel que tout ce qui concerne l'administration des biens des aliénés eût lieu par l'intermédiaire des directeurs d'asile qui seraient chargés de transmettre tous les documents, soit à la préfecture, soit à l'administration provisoire, soit aux familles elles-mêmes. — Aucune affaire ne devrait être suivie sans que le directeur soit informé.

Tel était l'avis de Renaudin qui, à propos des articles 34, 32, 33 et suivants de la loi, dit dans ses Commentaires sur le service des aliénés : « Quoique le directeur soit légalement en dehors de l'application de ces articles, il est néanmoins important qu'il soit bien pénétré de leur esprit, appelé qu'il doit être à donner un conseil ou à formuler son avis sur la situation d'un malade dont les intérêts sont en souffrance ; c'est lui qui, par la nature de ses fonctions, arrive à la connaissance de faits touchant de près aux intérêts des malades ; c'est à lui que revient la mission d'instruire les affaires et d'informer la commission de surveillance. En étudiant dans leur ensemble les articles de la loi, et en s'appuyant sur des prescriptions légales très formelles, le médecin pourra, s'il est consulté par les familles, leur indiquer des mesures plus protectrices que l'interdiction et beaucoup moins onéreuses pour l'infortuné qui supporte tous les frais qu'on fait, non pas pour lui, mais contre lui.

Il serait donc indispensable que le directeur d'un asile fût informé, tant par la préfecture que par l'administration et les familles, de tout ce qui a trait à l'administration des biens des aliénés. C'est lui qui doit être chargé de la transmission des pièces et documents. La préfecture doit lui envoyer les dossiers avec charge de les communiquer à l'administrateur provisoire. Celui-ci, à son tour, renseigne le directeur de ce qu'il a fait dans telle ou telle affaire, et le directeur informe la préfecture.

A cet égard, nous pensons qu'il doit être tenu dans chaque asile, au bureau de la direction : un registre spécial pour la correspondance concernant l'administration des biens des aliénés ; des dossiers spéciaux qui seront établis par le directeur et transmis à l'administration pour chaque affaire afin d'éviter des erreurs ; un relevé général contenant l'énumération de toutes les affaires traitées dans l'année, de celles liquidées, de celles restant à liquider. Les dossiers des affaires liquidées devront être classés dans les dossiers des malades comme renseignements.

Nous pensons aussi, que le directeur ayant par devers lui tous les documents, doit, en cas de retard, envoyer des lettres de rappel, soit au préfet, soit à l'administrateur provisoire, pour hâter la liquidation de telle ou telle affaire.

Nous croyons également que c'est au directeur qu'il appartient, quand le receveur de l'asile a touché telle ou telle somme revenant à un aliéné, de faire enregistrer la recette, soit au compte-dépôt du malade quand il s'agit de sommes versées par les familles, soit au compte-patrimoine quand il s'agit de sommes revenant au malade dans une succession, ou dans le recouvrement d'une créance, et, dans le second cas, de signaler cet avoir au préfet pour qu'aux termes de la circulaire du 5 août 1839, celui-ci prenne toute décision utile au point de vue de l'emploi de cet avoir.

C'est aussi au directeur qu'il appartient de demander à la commission de surveillance l'aliénation des titres et valeurs appartenant aux aliénés, ou la conversion des titres au porteur en titres nominatifs, conformément aux termes de la loi du 27 février 1880.

C'est le directeur qui doit signaler à la préfecture les titres et valeurs appartenant aux aliénés indigents ou qui peuvent leur revenir au cours de leur séquestration, et demander l'emploi à faire des revenus.

Enfin, nous croyons que, pour la régularité des choses et dans l'intérêt des malades, rien ne doit se faire sans que le directeur en ait connaissance. Nous ne réclamons pas pour lui le droit de gérer et administrer ; mais nous réclamons le droit d'enregistrement de toutes les affaires sans exception.

Telles sont les diverses modifications que nous proposons à l'appréciation des législateurs.

Nous chercherons, dans un autre travail, à entrer plus avant dans la curatelle des aliénés.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 JANVIER 1883.

Présidence de MM. DALLY et MOTET.

La séance est ouverte à quatre heures sous la présidence de M. Dally.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Installation du bureau.

M. DALLY, en cédant le fauteuil de la présidence à M. Motet, son successeur, esquisse à grands traits le résumé des travaux de la Société en 1882; il présente le tableau du personnel, la liste des membres décédés et des membres nouveaux.

M. MOTET, en prenant place au fauteuil de la présidence, s'exprime en ces termes :

Messieurs, vous m'avez fait un grand honneur en m'appelant à vous présider. D'autres eussent été plus dignes que moi, personne n'eût mis un plus haut prix à ce témoignage de vos sympathies, de votre bienveillance.

Que mes premières paroles soient donc un remerciement pour vous, mes chers collègues, qu'elles soient aussi l'expression de mon dévouement absolu aux intérêts de notre Compagnie.

En prenant place à ce fauteuil où se sont succédé des hommes qui ont été l'honneur et la gloire de notre Société, je n'ai pas la prétention de les égaler. Mon ambition est plus modeste, je ne veux que solliciter votre zèle, que vous demander d'ajouter encore au renom de la Société médico-psychologique par l'importance de vos travaux.

Aujourd'hui, la pathologie mentale est résolument entrée dans une voie nouvelle. Elle ne veut plus être séparée du reste de la pathologie; elle apporte dans ses études, dans ses procédés d'investigation, la véritable méthode

scientifique, et sans rompre avec la psychologie à laquelle elle doit tant, elle cherche moins à déterminer ce qu'on appelait autrefois les lésions *de l'entendement*, qu'à découvrir les lésions anatomiques qui apportent à la fonction un trouble passager ou durable. L'observation clinique devient plus sévère, elle gagne en précision, elle éclaire des points restés obscurs jusque-là. Un progrès immense avait été fait le jour où la paralysie générale avait été reconnue, où son anatomie pathologique avait été décrite; mais on s'est arrêté trop vite, la marche en avant n'a été reprise que dans ces dernières années.

C'est à continuer ce mouvement que je vous convie, Messieurs et chers collègues, vous êtes l'élite des hommes qui dans notre pays se sont voués à l'étude de la pathologie mentale. Vous avez à la fois, l'autorité, la compétence, pour traiter de haut les graves questions qui s'agitent à l'heure présente. Il en est une d'un ordre tout spécial qui méritera d'être discutée par vous. La loi de 1838, conçue dans un esprit si large, loi d'assistance et de progrès, battue en brèche par des hommes qui ne la connaissent pas, va revenir modifiée devant les pouvoirs publics. La Commission dont j'ai eu l'honneur de faire partie, parce que j'étais l'un des vôtres, n'a pas cédé à des réclamations passionnées, injustes, elle a cru cependant devoir proposer quelques réformes. Vous voudrez, sans nul doute, en discuter l'opportunité, c'est un droit que vous avez acquis par votre expérience, par votre vie consacrée tout entière aux aliénés.

Déjà, Messieurs et chers collègues, vous avez donné votre avis sur la question des aliénés criminels. Si vous avez été partagés sur quelques points, une opinion commune vous a réunis, vous avez affirmé une fois de plus votre sollicitude pour les aliénés, et vous n'avez eu d'autre préoccupation que celle de ne pas aggraver par des mesures trop sévères la condition qui pourrait être faite à quelques-uns d'entre eux.

Je ne voudrais pas, Messieurs, me permettre de vous tracer un programme. Je sais par expérience que celles de vos séances qui laissent une place à l'imprévu sont remplies et au delà par des communications du plus haut intérêt. Je suivrai l'exemple que m'a donné mon savant prédécesseur M. Dally auquel je succède, que je ne remplace pas ;

et je demanderai à notre excellent secrétaire général, M. Ritti, de continuer à pourvoir, avec ce zèle dont il a fourni tant de preuves, à nos ordres du jour.

Ma tâche déjà rendue facile par eux le sera plus encore par votre bienveillance à laquelle je suis, d'ailleurs, depuis longtemps accoutumé.

M. FOVILLE prend place au bureau en qualité de vice-président.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. le Dr Pierret, de Lyon, demandant à la Société qu'elle veuille bien lui conférer le titre de membre correspondant. Une commission composée de MM. Foville, Dally et Charpentier est nommée à l'effet de rédiger un rapport sur cette candidature.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le numéro de décembre 1882 du « *Bolletino del manicomio privato Fleurent.* »

2° *La chronaca del manicomio di Siena* (novembre-décembre 1882).

3° Un grand nombre de mémoires adressés à la Société par un médecin allemand, M. le Dr Arnold Pick.

Parmi ces brochures, la plus importante traite des phénomènes de conscience dans les maladies psychiques. On y trouve un historique de la question, très complet, où les travaux français sont souvent cités. Le mémoire qui a trait aux psychoses combinées doit également faire l'objet d'une mention spéciale. On y retrouve les idées déjà développées en France par MM. Magnan et Paul Garnier.

Voici du reste la nomenclature de ces diverses brochures :

1° *Abcès de la moelle épinière ;*

2° *Périméningite spinale ;*

3° *Pachyméningite ;*

4° *Hématomyélie ;*

5° *Sclérose latérale ;*

6° *Des psychoses combinées ;*

7° *Etude historique et clinique sur les phénomènes de conscience dans les maladies psychiques.*

M. le secrétaire général est chargé d'adresser à M. le

D^r Arnold Pick les remerciements de la Société à l'occasion de l'envoi de ces intéressantes brochures.

M. DALLY, au nom de M. le D^r S. Danillo, offre à la Société divers mémoires :

1^o *Recherches cliniques sur la fréquence des maladies sexuelles chez les aliénés ;*

2^o *Contribution à la physiologie pathologique de la région corticale du cerveau et de la moelle dans l'empoisonnement par l'alcool éthylique et l'essence d'absinthe ;*

3^o *Essai expérimental de localisation anatomique des symptômes du délire toxique chez le chien ;*

4^o *Influence de l'alcool éthylique et de l'essence d'absinthe sur les fonctions motrices du cerveau et sur celles des muscles de la vie de relation ;*

5^o *Contribution à l'anatomie pathologique de la moelle épinière dans l'empoisonnement par le phosphore..*

M. RITTI fait hommage à la Société de son ouvrage sur la *Folie à double forme*, auquel l'Académie de médecine a décerné le prix Falret de 1884.

Des remerciements sont adressés à M. Ritti.

Élection d'un membre associé étranger.

Sur la demande du président M. le D^r de Castro, de Constantinople, qui, dans une lettre qu'il vient de lui adresser, exprime le plus vif désir de faire partie de la Société, est nommé membre associé étranger à l'unanimité.

Prix Esquirol.

Les mémoires présentés cette année, pour le prix Esquirol, sont au nombre de trois :

1^o De l'influence de l'ictus épileptique sur l'état intellectuel préexistant (normal ou pathologique). Epigraphe : « Cherchez d'abord la vérité, le reste vous sera donné par surcroît. »

2^o De quelques spasmes dans la folie. Epigraphe : « Tout se tient dans l'être et la folie vient de partout. »

3^o Des vertiges chez les aliénés. Epigraphe : « *Sanguis nervorum moderator.* »

Nomination de la commission des finances.

M. Legrand du Saulle est prié de vouloir bien se charger de l'exposé de la situation financière de la Société et de

s'adjoindre M. Brochin, pour la préparation de ces comptes. M. A. Voisin est réélu trésorier.

De la conduite à tenir quand on est consulté par un sujet qui se croit menacé de folie parce qu'il est issu de parents aliénés.

M. BILLON communique sur cette question le mémoire publié plus haut. (V. p. 419.)

M. LEGRAND DU SAULLE fait remarquer que la proportion de l'hérédité n'a pas été mentionnée dans la communication si intéressante de M. Billod, et il lui semble que cette constatation eût été là à sa place. Il est bon de savoir que, d'après les plus récentes statistiques, les cas de folie, d'origine héréditaire, atteignent la proportion de 46 p. 100.

M. FOVILLE demande à quelle catégorie de cas s'appliquent ces relevés.

M. MOTET indique également qu'il est nécessaire de préciser ce qu'on entend par hérédité.

M. LUNIER. — Je me permettrai de faire des réserves au sujet des chiffres que vient de produire M. Legrand du Saulle, et cela d'autant plus que les affirmations de ce genre ont toujours une très grande importance par ce seul fait qu'elles sont émises. Il y a dans cette enceinte beaucoup à dire sur la manière dont les relevés en question sont faits : selon qu'on consulte telle ou telle statistique, on trouve des différences qui se traduisent par des constatations absolument discordantes ; ici, par exemple, 10 p. 100 ; là, 80 p. 100, comme proportion de l'hérédité. Et puis, qu'est-ce qu'on entend, d'une façon précise, par hérédité ? Est-ce le père, est-ce la mère, sont-ce les collatéraux, qui ont transmis l'affection mentale ? Autre question : Voici des parents atteints de folie ; dans quelle proportion leurs enfants sont-ils exposés à ressentir les effets de la transmission héréditaire ? Il y a dix enfants, je suppose ; combien sur ce nombre ont chance de devenir aliénés ?

Assurément, ce sera là un rapport tout différent de celui qu'on pourra obtenir en faisant le même calcul sur la population d'un asile.

En un mot, cette question de l'hérédité comporte les plus grandes réserves quant aux chiffres qui sont produits et qui, pour moi, en raison même des difficultés inhérentes à

ce genre de constatation, n'ont qu'une valeur tout à fait relative.

M. LÉGRAND DU SAULLE. — Je n'ignore pas combien sont défectueuses les statistiques en général; aussi le nombre de 46 p. 100 me paraît-il devoir être pris en considération, précisément parce qu'il représente la moyenne de toutes ces données statistiques.

M. BILLOD. — Me plaçant au point de vue qui m'a surtout préoccupé dans ma communication, je dirai que j'ai l'habitude de répondre, lorsque la question de l'hérédité m'est catégoriquement posée, que la folie peut être transmise, mais que cette hérédité n'est point fatale.

M. BIGOT. — J'ai écouté avec tout le soin qu'elle méritait la savante communication de M. Billod et je trouve qu'il a laissé certains côtés de la question dans l'ombre. Quand il s'agit, par exemple, du mariage d'individus entachés d'hérédité, il peut n'y avoir pas grand péril, si l'un des deux conjoints est absolument indemne de tout vice héréditaire.

Cette absence, chez l'un, de toute tare peut annihiler l'apport héréditaire fourni par l'autre. Cette particularité ne saurait être négligée.

M. FOURNET. — Messieurs, dans la communication intéressante qu'il vient de vous faire, M. Billod a recherché et nous a conviés à rechercher avec lui et à fixer, si cela est possible, les règles de conduite du médecin vis-à-vis le malade prédisposé héréditairement à la folie, qui l'interroge sur ses chances d'y échapper ou d'y succomber à son tour.

Le devoir du médecin est-il de mentir à ce malheureux pour ne pas ajouter à son trouble et à ses craintes, c'est-à-dire de déclarer l'opposé de ce qu'il pense, de ce qu'il sent dans sa conscience médicale; ou bien son devoir est-il autre que le mensonge, sans jamais être toutefois la vérité brutale?

Les conclusions de M. Billod ne m'ont pas paru bien claires. Il ne ressort pas de son travail une règle fixe et sûre; mais sa pratique personnelle, dont il nous a cité plusieurs cas, m'a paru incliner vers ce que lui-même, à plusieurs reprises, et se fiant à ses bonnes intentions, appelle le mensonge.

Dans la discussion qui a suivi la communication de M. Billod, on a élargi la question posée, on l'a étendue aux interrogations que pourraient adresser au médecin les

parents, les amis d'un prédisposé, ou même une famille étrangère, un futur conjoint suspendu sur un projet de mariage. La question primitive s'est ainsi compliquée et aggravée.

Comme toute question complexe et ramifiée, la question soumise à notre examen ne me paraît soluble, en règle fixe et sûre, qu'en s'élevant des faits individuels aux principes. Permettez-moi donc, messieurs, de l'aborder par les principes.

J'en trouve deux dans ma pensée : l'un, de caractère moral ; l'autre, de caractère doctrinal.

1^o Le premier comprend le devoir du médecin vis-à-vis la science et la dignité médicales, et son devoir vis-à-vis les personnes directement ou indirectement intéressées qui l'interrogent.

La médecine, et par conséquent le médecin, portent partout avec eux, en effet, ces deux faces : l'une plus générale et plus fixe qui lui commande de ne compromettre en rien la dignité de la science médicale qui consiste, comme toute science, dans le culte de la vérité. Quel bien, en effet, feriez-vous aux malades sans la vérité, sans l'autorité de la science ? Conservez-leur-en donc avec soin la source féconde, en suscitant, en conservant leur foi par les respects que vous devez à la science prise en elle-même.

L'autre face de la médecine et du médecin, essentiellement individuelle et mobile comme les individus et les circonstances, leur commande de faire, sous la réserve précédente, tout le bien qui leur est possible.

Il est évident, messieurs, que si l'on nie ou si l'on s'éclipse à soi-même la première de ces deux faces pour s'enfermer étroitement et exclusivement dans la seconde, la règle de conduite qu'on se tracera s'en ressentira nécessairement. C'est ainsi que nous avons vu quelques-uns de nos collègues, M. Lunier par exemple, faire du mensonge, et sous ce nom même, un devoir strict au médecin vis-à-vis du malade prédisposé par l'hérédité.

Pour moi, messieurs, je crois que ces deux faces du devoir médical : l'une permanente de dignité de la science et de l'institution, l'autre actuelle et variable de bienfaisance professionnelle, sont parfaitement conciliables et que l'honneur et l'art du médecin sont à les concilier.

La conscience médicale comprend ces deux faces et ces

deux devoirs, elle est *une* et ne saurait, sans faillir à son caractère, ni se dédoubler ni se contredire.

Le médecin, moins peut-être que personne, ne doit jamais mentir à sa conscience, c'est-à-dire à la vérité médicale qui est sa seule raison d'être. Mais, tout en ne mentant jamais à la vérité, à la conscience ou à la science qu'il en a, il ne doit la produire au dehors que dans la mesure où chacun est capable de la porter et est en droit d'y prétendre ; et c'est là le nœud de la conciliation des deux faces de la médecine et des deux devoirs du médecin.

Le malade qui aspire d'une ardeur fiévreuse à la vérité sur son sort, ses amis et ses parents que d'honorables sentiments ou des intérêts respectables animent du même désir,

Le fiancé et sa famille, que des révélations tiennent en suspens sur une alliance capable d'altérer le bonheur et la dignité de sa famille en perspective, et de vicier le sang de toutes les générations qui suivront,

Et la magistrature, et la société tout entière par ses magistrats, en toute question médico-légale de cet ordre,

Que viennent-ils chercher près du représentant de la science, sinon la vérité ?

Viendraient-ils à ce sanctuaire s'ils se doutaient que cette voix sacrée de la science, en passant par la bouche des médecins, peut s'altérer, et cela au nom d'un prétendu devoir professionnel, jusqu'à devenir mensonge, et mensonge officiel, et mensonge consacré par la règle ? Passe encore de ne pas recevoir de l'oracle et de ses augures la vérité tout entière ; tout le monde s'y attend ; mais le mensonge ? jamais !

Convenez donc, messieurs, que cette règle : *Le médecin ne doit jamais mentir*, est absolue et est la sauvegarde à la fois de la dignité de la médecine, de l'honneur du médecin, de tous les intérêts privés et de l'intérêt public.

Cette règle, d'ailleurs, n'est qu'une application de ce principe de toute relation sociale : Ne dire jamais que la vérité, mais la donner à chacun selon son droit et sa capacité de la porter. Ce principe de toute relation morale n'est autre au fond que le principe souverain : se conformer à la nature des choses et des personnes.

Appliquons-le, messieurs, à la seconde des deux faces de

la médecine, au devoir du médecin vis-à-vis les malades qui le consultent et les personnes qui l'interrogent.

Ce principe lui-même a deux termes : le droit de recevoir la vérité du médecin que l'on interroge, et la capacité de la porter.

Tout le monde n'a pas le droit de demander à un médecin et de recevoir de lui la vérité sur un quelconque de ses malades, quelque intérêt d'ailleurs qu'on puisse avoir à la connaître. A quiconque a cette indiscretion, le médecin n'a qu'à répondre par le silence ou par un *non possumus*. Un fiancé n'a donc aucun droit à recevoir la vérité du médecin de sa future, à moins d'y être autorisé par sa fiancée en présence même du médecin; mais, dans ce cas même, le médecin ne doit au couple qui l'interroge qu'une vérité mesurée: moins sur le désir et l'intérêt de ces personnes, que sur leur capacité de bien comprendre ce qu'on leur dit et de n'aller pas au delà; que sur le degré de leur possession de soi-même et de la bonne direction de leur vie, en conséquence de leurs prédispositions héréditaires et des chances et des écueils qu'on leur révèle. Ces révélations doivent encore se mesurer, et par conséquent s'atténuer, sur les conditions encore très incomplètes de la science aliéniste.

La famille étrangère qui interrogerait un médecin sur un ou une des malades de sa clientèle, à propos d'un projet de mariage, n'aurait pas plus de droit que le fiancé du premier cas aux confidences, aux révélations de ce médecin. Le médecin peut, il doit même alors s'enfermer dans un silence absolu; car il n'a pas de devoir vis-à-vis cette famille étrangère, et il n'a pas mission publique de sauvegarder les générations à naître du mariage projeté dans cette famille.

Mais si ce sont les amis et les parents mêmes d'un de ses clients, qui l'interrogent sur les chances d'aliénation mentale future de ce client menacé par l'hérédité, quelle somme de vérité leur doit-il? Je réponds: L'amitié, quelque sincère et quelque désintéressée qu'on la suppose, ne suffit pas à constituer un droit aux révélations du médecin. La famille du prédisposé, dans des circonstances graves qui impliquent à la fois et ce malade lui-même et ses autres membres, a bien quelques droits à des révélations médicales aboutissant à des mesures préservatrices, surtout si cette famille est aussi la cliente du médecin; c'est alors à lui de

mesurer ses confidences et ses conseils prévoyants, sur la capacité de comprendre sans écarts et de faire sans trouble, des membres dirigeants de cette famille englobée dans la même hérédité et dans les mêmes intérêts que le malade.

Quant au malade lui-même qui interroge son médecin sur son sort, les réponses à lui faire partent du même principe: ne jamais violer la vérité, mais la mesurer sur ce que le prédisposé peut en porter dans son propre intérêt, c'est-à-dire la mesurer sur ce qui peut lui être utile. La vérité toute crue et qui n'aboutirait qu'à troubler, désorienter et paralyser les facultés du malade éventuel ou actuel, serait une cruauté, un « *Lasciate ogni speranza,* » que la mission médicale réprouve. Mais cette portion de la vérité qui n'éclaire un danger que pour autoriser les conseils et les moyens d'y parer, et qui suscite au lieu de troubler les facultés, est pour le malade éventuel ce que la connaissance des écueils et la bonne manœuvre sont pour le pilote. C'est faire beaucoup pour le malade, c'est déjà conjurer en partie les dangers de sa périlleuse navigation dans la vie, que de le mettre sur ses gardes et lui apprendre le maniement du gouvernail; car je suis de ceux qui croient que le prédisposé peut beaucoup pour lui-même.

Dans tout ce que je viens de dire, est impliqué, pour le médecin, le devoir d'exclure de ses confidences tout ce qui serait de nature à faire dominer la crainte sur l'espérance et à jeter dans le trouble, et par conséquent dans l'impuissance, les facultés sur lesquelles doit s'appuyer toute l'action préventive ou curative de la médecine. Rien n'est plus facile que de satisfaire à cette nécessité médicale, à ce devoir du médecin sans mentir à sa conscience, sans sortir de la vraie science et par conséquent de la vérité:

L'hérédité morbide n'est pas une nécessité, une fatalité, elle n'est qu'une possibilité; tout descendant peut y échapper, parce qu'il peut descendre plus particulièrement, en cela du moins, de l'un de ses deux parents, de celui-là précisément qui était indemne de la morbidité que l'on redoute.

Cette morbidité elle-même peut se transformer par la génération et n'être plus la folie que l'on redoute, mais une simple maladie nerveuse.

Les chances de l'hérédité de la folie sont d'ailleurs si peu

fixées et les statistiques à cet égard si incertaines, qu'elles varient de 8 ou 10 à 80 p. 100, suivant bien des circonstances. Tout prédisposé a donc le droit, le droit scientifique, de n'accepter que le minimum de ces chances.

L'hérédité, disons-le bien, n'est donc pas une prédestination, mais une simple prédisposition qui ne peut se convertir en fait que par le concours de sérieux accidents, et de la vie intérieure, et de la vie extérieure du prédisposé.

La prédisposition héréditaire, fût-elle donc reconnue, fût-elle même intense, peut donc être conjurée dans ses effets aléatoires par un bon régime de vie intérieure, de vie psychique, et par l'attention prévoyante et soutenue du prédisposé et de la famille à écarter de son milieu les circonstances provocatrices.

En voilà plus qu'il n'en faut, ce me semble, pour écarter véridiquement, au nom même de la science, de l'esprit d'un prédisposé ou qui croit l'être, toute raison de trouble et de désespérance, sans l'égarer, sans égarer personne dans le mensonge, ni malade, ni familles, ni médecin. Le médecin ne doit point à son malade, ne doit à personne, le viol de sa conscience et par là même le sacrifice de sa dignité ; il se doit au contraire et il doit à l'efficacité de son ministère de ne sacrifier pour rien et en rien sa dignité et celle de sa science, qui toutes deux en dernière analyse reposent sur la vérité.

Il est d'ailleurs une sanction à cette loi suprême du respect de la vérité : c'est qu'on prend, au moins pour une grande part, la responsabilité des conséquences qu'a pu, que pourra amener cette falsification de la vérité, quelles que puissent être les intentions honnêtes sous lesquelles elle a été commise.

Le prédisposé auquel vous aurez dit qu'il peut se livrer à une pleine sécurité, fera des imprudences et de la vie intérieure et de la vie extérieure, et provoquera probablement par ces imprudences l'explosion d'une affection, qui sans cela peut-être fût restée toute sa vie à l'état latent. Les exemples pullulent de ces deux éventualités, démontrées par le fait. Ne porterez-vous pas quelque peu la responsabilité de ces imprudences explosives? .

Les mariages que vous aurez, je ne dis pas autorisés, mais facilités par des voiles complaisants mis sur la vérité, par l'éclipse de toute prévoyance dans des esprits déjà

trop portés à l'aveuglement, ces mariages, dis-je, et leurs conséquences si souvent funestes et dans la vie des époux et dans leur descendance, n'en aurez-vous pas un peu la responsabilité morale?

Une autre sanction, c'est que les malades et leurs familles, ne se croyant plus en sécurité de vérité près de vous, perdront la foi dans la science et la confiance en vous.

Le principe de vérité mesurée que je défends, au contraire, vous conservera la confiance et vous mettra hors de responsabilité.

Je ne vois qu'une personne à laquelle vous deviez la vérité tout entière et toute nue : c'est la justice de votre pays vivante dans la personne des magistrats ; et cela par les deux raisons que j'exposais plus haut : elle y a droit parce qu'elle est l'intérêt public ; elle est capable de porter toute la vérité parce qu'aucun intérêt individuel ne la lui éclipse et ne l'égare. La justice sociale et la science ont le même droit à la pleine vérité, qui est leur fond commun.

2^o Je vous ai dit, messieurs, que la question posée se résolvait par deux principes, l'un de caractère moral, l'autre de caractère doctrinal, et n'était soluble que par là.

Vous venez de voir en jeu le principe moral des rapports du médecin : avec le prédisposé à l'aliénation mentale, avec sa famille, avec ses coïntéressés directs et indirects, enfin avec l'État, avec la justice officielle.

Voyons maintenant l'influence du principe doctrinal, c'est-à-dire de la doctrine acceptée par les médecins sur ces mêmes rapports.

Je ne mets en scène, dans le règlement de ces rapports, que les deux doctrines diamétralement opposées, afin d'abrégier.

La doctrine qui considère l'hérédité et l'explosion de la folie chez le descendant d'aliénés, comme fatales et n'attendant pour éclater que l'occasion tout au plus ; cette doctrine-là, évidemment, inspirera tout autrement le médecin et parlera par sa bouche tout différemment que la doctrine spiritualiste. La doctrine spiritualiste admet aussi l'hérédité et la prédisposition organiques ; mais, à l'exemple de la nature humaine qui prédestine l'âme par-dessus le corps, elle domine et souvent corrige les tendances organiques par la puissance psychique, c'est-à-dire par la

faculté qu'a l'âme humaine suffisamment développée de réprimer les idées délirantes, de réformer les idées fausses, de prévoir et de prévenir les causes occasionnelles excitatrices de la prédisposition latente, etc.

La première doctrine dira au médecin : Ce descendant d'aliénés est fatalement prédestiné à la folie. L'acheminement de sa prédestination au fait n'est qu'une affaire de temps et d'accéléérations venues soit du dedans, soit du dehors. Epargne-lui au moins les troubles et les excitations du dedans, en lui affirmant de toute l'autorité médicale, même contrairement à ta conscience, à ta conviction médicales, qu'il n'a rien à craindre (et par conséquent rien à faire). Et le médecin, sous cette inspiration, imaginera cette belle théorie du *devoir de mentir*, et de cœur léger égarera son malade dans l'aveuglement et l'inertie.

La seconde doctrine inspirera tout autrement la pensée et l'action du médecin : Ce malade est prédisposé, dirait-elle, par sa descendance organique, et il le sait ou il s'en doute. Mais par-dessus l'être organique, il y a l'être psychique qui, développé dans sa puissance et habilement manié par le médecin et par le malade lui-même, peut beaucoup pour son salut : on peut ainsi écarter les causes occasionnelles, les causes excitatrices de la prédisposition, soit intérieures comme l'exaltation ou l'affaïssement, soit extérieures comme les prétentions excessives déçues. On peut encore si bien régler et gouverner la vie organique elle-même, que le mal qui couve n'y trouve aucun aliment.

Sous cette inspiration, le médecin avoue avec simplicité à son malade la prédisposition dont il est l'objet et déjà gagne sa confiance par cette franchise ; mais il s'attache, par toutes les raisons exposées plus haut, à le convaincre que cette hérédité elle-même n'a rien d'absolument certain, que sa mesure peut être un minimum, que ses conséquences d'ailleurs n'ont rien de fatal, et que tout peut être conjuré : par cette haute culture d'esprit qui donne la pleine possession et la bonne direction de soi-même, et par une bonne hygiène physique et morale. En pénétrant dans l'âme du malade, toute ouverte à l'espérance, en s'y assimilant, ces vérités deviendront le grand ressort de sa vie ; tout ce qu'il a de facultés et d'efforts sera tourné vers cette sagesse. vers cette raison qui est l'opposé de la folie, et partout où il se sentirait incertain ou défaillant, il s'appuiera avec

confiance sur la science et sur son médecin, au lieu d'agir en aveugle et en imprudent.

J'aurais voulu qu'on tint ce langage et cette conduite, par exemple près de ce jeune maître de forges, fils de père, de grand-père et d'aïeul aliénés, qui interrogeait M. Billod sur son sort, lui demandant s'il n'était pas probable, s'il n'était pas fatal qu'il succombât à son tour, et comme eux et au même âge, à l'idée, à l'impulsion du suicide? Le caractère déjà cultivé, lettré de ce jeune homme, le rendait plus apte qu'un autre à comprendre, à recevoir les initiations de la médecine spiritualiste, et à en faire le levier du raffermissement, du redressement de son esprit et du gouvernement salutaire de sa vie.

On aurait pu lui dire :

Si vous vous abandonnez, sans réaction morale, à l'idée que la fatalité du suicide vous attend comme une proie à l'âge du suicide de vos parents, ce n'est pas une prédisposition organique qui vous y poussera, mais bien l'idée lausse que vous aurez conçue et nourrie ; c'est comme une prédestination morale que vous vous serez faite à vous-même. Car toute idée acceptée par l'âme est un principe qui va à sa fin, c'est-à-dire à sa réalisation en fait. — Si au contraire vous développez en vous, par une culture assidue, la puissance morale qui fait l'autonomie, vous reconnaîtrez bientôt que l'idée de suicide est essentiellement personnelle, facultative et non fatale, qu'elle vient de l'âme et non du corps, témoins les animaux, auxquels le suicide est étranger. Par cette puissance morale sans cesse grandissante vous dominerez cette idée ; bientôt subjuguée, l'idée s'évanouira peu à peu sous cette autorité légitime, et vous resterez désormais maître de vous et de votre vie.

C'est de l'histoire, messieurs, de l'histoire concentrée et formulée en principes, que je vous présente là.

Voilà, messieurs, quelles me semblent devoir être les règles de conduite du médecin aliéniste dans les cas posés par M. Billod et par nos confrères. Ces règles sont les mêmes que pour la médecine ordinaire et générale dans tous les cas d'hérédité ; et c'est précisément cette unité et cette universalité qui les recommandent à votre attention.

M. MORET constate que les idées émises par M. Fournet ne diffèrent pas sensiblement de celles énoncées par M. Billod.

M. LUNIER. — Je tiens à ajouter deux mots au sujet de la conduite à tenir par le médecin qu'on interroge sur la question d'hérédité. Doit-il répondre d'une façon précise, catégorique? Non, car cette affirmation absolue ne se justifierait pas scientifiquement. Existe-t-il chez les individus qui ont des aliénés parmi leurs ascendants, des indices, des stigmates qui permettent de se prononcer d'une façon certaine? Ces signes de certitude nous manquent et par cela même, la plus grande réserve nous est commandée. On vient de dire que l'on devait toujours la vérité à ceux qui vous la demandent. Je n'admets pas, en cela, de règle absolue; il existe bien des circonstances dans lesquelles le mensonge est autorisé, dans lesquelles même il est obligatoire, quand, par exemple, il peut servir de moyen thérapeutique. Je pense donc qu'il convient de laisser le médecin seul juge de l'opportunité d'une déclaration contraire à l'exacte vérité.

M. BOURDIN. — Il me semble qu'en somme la formule à employer pour cette question de l'hérédité est bien simple. Il est certain que nous ne pouvons jamais nous baser que sur des probabilités et non sur des certitudes, d'autant plus que nous avons à tenir compte des éléments variables intervenant dans le fait de la procréation et que nous ignorons quelle part constitutive dans l'être revient à chacun des procréateurs.

On se tiendra prudemment sur la réserve en répondant : L'hérédité de la folie est possible; elle n'est pas nécessaire.

M. FALRET. — Pour préciser les termes de la question, il est utile de la considérer sous les deux aspects qu'elle présente : il y a le côté scientifique et le côté professionnel. Pour ce qui est du premier, les éléments de certitude nous font défaut, cela n'est pas contestable; il y a danger, c'est tout ce qu'on peut dire. C'est là qu'est la vérité; mais cette vérité, est-on tenu de la révéler? C'est là qu'intervient le côté professionnel. Devons-nous, par nos conseils, tenter d'empêcher le mariage, quand les parents de l'un des futurs conjoints ont été aliénés? Que répondre à celui qui vient vous poser catégoriquement la question et qui vous dit : « Que feriez-vous, si vous étiez à ma place? »

L'embarras pour le médecin est alors véritablement très grand et c'est sur cette difficulté pratique que M. Billod ne me paraît pas avoir suffisamment insisté.

M. BILLOD reconnaît que ce côté de la question n'a pas été examiné par lui d'une manière très approfondie; mais, tout en ne faisant que l'effleurer, sa manière de penser s'est traduite pourtant dans sa réponse au jeune homme, venu pour le consulter à l'occasion de son prochain mariage.

M. CHRISTIAN. — Il ne peut y avoir qu'un même avis pour la conduite à tenir dans ces questions de l'hérédité de la folie. Mais je ferai remarquer que cette façon d'agir n'est pas spéciale à l'aliénation mentale. Les mêmes interrogations sont posées pour les affections tuberculeuses, cancéreuses, cardiaques, etc., etc. Or, que l'on ait affaire à ces maladies ou à l'aliénation mentale, le rôle du médecin est toujours semblable : il consiste à rassurer, sans se départir d'une grande réserve. Au surplus, les personnes qui viennent nous consulter ne demandent qu'à être tranquillisées, et souvent même, quoi que nous puissions dire, on passe outre. Nous connaissons tous nombre d'individus qui se marient sans s'inquiéter du fait de l'hérédité morbide.

M. BLANCHE. — Les quelques observations que j'avais à présenter ont été, en partie, exposées par M. Christian. J'ajouterai seulement qu'il me semble qu'il est un moyen, pour le médecin, de se rendre la tâche plus commode en de telles circonstances : c'est de faire cette recommandation préalable que je ne néglige jamais : « Ne prononcez aucun nom. »

Il est bien entendu que s'il s'agit d'une personne qui a reçu mes soins, je me refuse à dire quoi que ce soit. Où des explications deviennent plausibles, c'est quand les deux familles se réunissent pour en délibérer ouvertement avec le médecin, et à ce propos, il est un fait bien digne de remarque, c'est l'étrange affinité qui semble rapprocher les familles entachées d'aliénation mentale et que j'ai eu bien souvent l'occasion de constater. Voici un fait que je raconte volontiers, car il est assez caractéristique en son genre. Je reçois un jour la visite du père de l'un de mes anciens malades, mort de paralysie générale; il vient m'annoncer que sa petite-fille étant sur le point de se marier, il a cru de son devoir d'informer la famille du jeune homme de quelle maladie était mort le père de sa future. A la suite de cette déclaration, les deux familles convinrent de venir ensemble me consulter. Rendez-vous fut donc pris,

et au jour dit, les deux familles se trouvèrent réunies chez moi. Après les quelques observations que j'eus à présenter sur la valeur de l'hérédité, les parents du jeune homme se mirent à faire objections sur objections, et semblèrent décidés à tout rompre. Là-dessus, grande irritation des parents de la jeune fille, qui ripostent en signalant, à leur tour, tel et tel cas de folie dans la famille de ceux qui se montrent si difficiles. Le projet de mariage est dès ce moment abandonné. Le jeune homme en apprenant cette rupture est pris d'un accès de mélancolie. On conseille un voyage en Italie : son état mental s'améliore, il retourne à Paris au bout de trois mois et sa première préoccupation fut alors de demander la main de la jeune fille en question. Le mariage eut lieu et il n'est pas parvenu à ma connaissance qu'il ait eu des conséquences fâcheuses au point de vue de l'hérédité de la folie.

En résumé, je crois que, lorsque les circonstances où l'on se trouve placé vous autorisent à parler, il ne faut pas craindre de dire la vérité, déclaration qui le plus souvent, d'ailleurs, ne modifie guère les projets d'union.

M. BOURDIN est du même avis que M. Blanche et fait remarquer qu'en déguisant la vérité, on prend une responsabilité qu'il est bien préférable d'écarter en ne dissimulant rien.

La séance est levée à six heures.

PÂUL GARNIER.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1883.

Présidence de M. FOVILLE.

Le procès-verbal est lu et adopté.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. le docteur J. de Castro, nommé membre associé étranger.

2° Une lettre de M. Vallon, chef de clinique à Sainte-Anne,

demandant à faire partie de la Société comme membre correspondant.

Une commission composée de MM. Ball, Luys et Garnier, rapporteur, est nommée pour faire un rapport sur la candidature de M. Vallon.

3^e Une lettre de M. le Ministre de l'instruction publique informant que la prochaine réunion des sociétés savantes à la Sorbonne aura lieu le 31 mars prochain.

M. le Président fixe l'attention de la Société sur l'article 6 du programme de la réunion : « Des améliorations que pourrait comporter la législation en ce qui concerne l'admission des aliénés dans les asiles, la surveillance de ces maisons et les travaux qui peuvent y être pratiqués. »

M. LUNIER représentera la Société médico-psychologique à cette réunion.

M. DALLY demande s'il y a des règles déterminées pour la sortie des aliénés des asiles privés.

M. LE PRÉSIDENT propose de prendre en considération la question adressée par M. Dally et d'en mettre le sujet à l'ordre du jour de la prochaine séance, laquelle aura lieu le 12 mars :

Des garanties apportées à la sortie des aliénés des établissements publics et privés.

M. BIGOT demande que, dans la question à l'ordre du jour de la prochaine séance, il soit traité des cas analogues à celui qu'il vient d'observer : une jeune femme héréditaire mélancolique avec idées de suicide fut placée volontairement dans son service par son mari qui plus tard, ennuyé de la longueur du séjour, demande sa sortie. M. Bigot a consenti à la sortie, mais en insistant sur l'état mental de sa malade et la surveillance qu'il exigeait.

M. LEGRAND DU SAULLE présente à la Société, au nom de M. le Dr Alphonse Ferrand, sa thèse inaugurale sur les épileptiques au point de vue médico-légal ; en outre des observations empruntées à M. Legrand du Saulle, cette thèse contient trois observations inédites provenant du service de M. le Dr Magnan, à Sainte-Anne. Dans deux de ces derniers cas, les épileptiques *qui avaient commis des assassinats*, ont été tellement améliorés au bout de quelque temps, qu'ils ont été directement rendus à la liberté.

M. BALL fait hommage à la Société de ses *Leçons sur les maladies mentales*.

Rapport de la commission des finances.

M. LEGRAND DU SAULLE. — J'ai la satisfaction d'annoncer à la Société, en qualité de rapporteur de la commission des finances, que la situation matérielle de notre compagnie est des plus prospères. Les chiffres suivants démontreront toute la justesse de ma déclaration.

1° *Caisse de la Société.* — Au 31 décembre 1884, nous avons en caisse un reliquat s'élevant à 5,343 fr. 35 c. et qui était représenté par :

Rente 3 0/0.	4,095 fr. 05
Argent disponible.	1,248 30
Ensemble.	<u>5,343 fr. 35</u>

Pendant l'année 1882, nous avons reçu en cotisations et recettes diverses une somme de. 1,446 fr. 85

Ce qui nous donne un total général de. 6,730 20

Représenté par : Rente 3 0/0. 4,095 05

Argent disponible. 2,635 15

Ensemble. 6,730 fr. 20

En regard de cet actif, nos dépenses se sont élevées à. 988 fr. 50

Nous avons donc en caisse, au 31 décembre 1882. 5,744 70

Différence en plus sur 1880. 880 fr. 45

Différence en plus sur 1881. 428 35

2° *Caisse Aubanel.* — Au 31 décembre 1884, nous possédions comme fonds disponibles. 2,868 fr. 70

Et un titre de 45 francs de rente amortissable 3 0/0 ayant coûté. 4,425 75

A ces sommes doivent s'ajouter les arrérages perçus en 1882. 800

Ce qui, au 31 décembre 1882, donnerait un total général de. 4,794 fr. 45

Nous avons à déduire de ce total général les trois récompenses de 600 francs que nous avons distribuées, soit. 1,800

et il reste disponible, comme on le voit, une différence de. 2,994 fr. 45

Notre trésorier encaissera, pendant le cours de l'année 1883, des arrérages de 800 francs, et nous serons en mesure, ainsi que je l'avais précédemment établi, de distribuer dans un an, s'il y a lieu, un prix Aubanel très important, de la valeur de 3,600 francs.

3° *Caisse Belhomme*. — Nous avons dans cette caisse une somme de 225 francs, représentant les arrérages perçus en avril, juillet et octobre 1882.

Récapitulation générale :

1° Fonds de la Société.	5,741 fr. 70
2° Caisse Aubanel.	2,994 45
3° Caisse Belhomme.	225
Total.	<u>8,961 fr. 15</u>

Il me resterait à parler d'une quatrième caisse, de la souscription Pinel, des sommes reçues et de l'emploi des fonds, mais notre trésorier a encore un certain nombre de recouvrements à opérer. La commission des finances ajourne donc son rapport sur ce point. Je peux toutefois déclarer que, malgré l'abstention si imprévue d'un nombre très considérable de médecins aliénistes, le chiffre total de la souscription dépasse aujourd'hui 25,000 francs.

Comme conclusions, la commission des finances a l'honneur de vous proposer d'approuver les comptes de M. A. Voisin et de voter des remerciements à notre zélé trésorier.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Un cas d'aphasie intermittente (1).

M. BALL. — Messieurs, dans l'étude des maladies mentales, où les phénomènes pathologiques sont pour la plupart d'ordre subjectif, les observations recueillies chez des malades intelligents ont une valeur bien plus considérable que les autres. Voilà pourquoi le fait que je me propose de soumettre aujourd'hui à la Société médico-psychologique me paraît offrir un grand intérêt ; c'est une véritable autobiographie ; c'est une observation très curieuse recueillie par un médecin très intelligent sur lui-même.

Je laisse la parole à notre confrère.

(1) Cette observation vient de paraître dans l'*Encéphale*.

Le 20 avril 1880, je me rendais chez un malade dans un village éloigné de cinq kilomètres de ma demeure, quand, traversant un bois, je voulus demander mon chemin à des bûcherons qui travaillaient dans cet endroit, mais il me fut impossible d'articuler un seul mot intelligible. Je savais très bien ce que je voulais dire, mais je ne pouvais pas exprimer ma pensée ; je bredouillais sans arriver à me faire comprendre. Les bûcherons crurent que je parlais un patois qu'ils ne connaissaient pas.

Or, rien dans mon état ne pouvait faire pressentir cette brusque attaque d'aphasie ; je n'avais éprouvé aucun malaise, je jouissais d'une santé excellente à part quelques crises de migraine. Un certain nombre de minutes après le début de l'accès, je sentis des fourmillements et des secousses convulsives dans la main droite. J'étais en voiture ; les guides de mon cheval échappèrent de ma main : je pouvais encore imprimer quelques mouvements au bras droit, mais il m'était impossible de saisir un objet quelconque, je ne sentais plus le contact des corps extérieurs ; j'étais paralysé. Effrayé, je rentrai rapidement à la maison ; j'avais parfaitement conscience de ma situation, je me voyais frappé d'une attaque d'apoplexie.

Rendu chez moi, je voulus raconter ou plutôt faire comprendre à ma femme ce qui m'était arrivé : il me fut impossible de prononcer un seul mot intelligible. Je fis signe que je voulais écrire. On m'apporta ce qu'il fallait pour cela, mais je ne fus pas plus capable de traduire ma pensée par l'écriture que par la parole. Enfin, après bien des tentatives infructueuses, je pus prononcer le mot *sang*. Ce fut tout. On comprit alors que je voulais être saigné, ce qui était bien mon idée. Il était alors trois heures de l'après-midi. On m'appliqua vingt sangsues à l'anus. A cinq heures, je perdis connaissance et je fus pris de convulsions épileptiformes suivies d'un coma qui se prolongea jusqu'au lendemain matin. A dix heures, je revins à moi, je prononçai quelques paroles intelligibles et je pus faire mouvoir mon bras sans trop de difficulté. Dans la journée je parlai à peu près bien. Dès le lendemain la parole était revenue, les mouvements du bras étaient parfaitement libres. L'attaque n'avait laissé aucune trace appréciable.

Ma santé fut excellente jusqu'au 17 du mois de mai. Ce jour là, nouvelle attaque (début brusque comme pour la

précédente, aphasie complète; fourmillements et mouvements convulsifs de la main droite suivis de paralysie). Les accidents durèrent vingt minutes, puis disparurent complètement. Pendant deux mois, santé parfaite.

Le 20 juillet, troisième attaque. (Aphasie complète — fourmillements et mouvements convulsifs dans la main droite — perte de connaissance — coma depuis le mardi dans l'après-midi jusqu'au jeudi — saignée au bras dont je n'ai pas eu conscience; — enfin retour à la santé.)

Le 15 août, quatrième attaque. (Aphasie complète; — fourmillements et mouvements convulsifs dans la main droite, mais pas de perte de connaissance. Durée, trente minutes.)

Le 20 septembre, le 18 octobre, le 24 novembre, le 21 décembre, attaques ayant duré chacune à peu près le même temps que la précédente, c'est-à-dire une demi-heure, et ayant présenté les mêmes caractères.

Le 10 janvier 1884, le 25 février, le 18 mars, le 20 avril, le 22 juin, le 19 juillet, crises semblables aux précédentes et d'une durée égale.

Le 15 août, quinzième attaque. (Aphasie complète — fourmillements et mouvements convulsifs dans la main droite — paralysie du bras droit — perte de connaissance — coma. — Durée de la crise, vingt-huit heures, de 1 heure de l'après-midi jusqu'au lendemain soir à cinq heures.) — Rétablissement complet.

Le 11 septembre, le 18 octobre, le 22 novembre, le 17 décembre de l'année 1884, attaques semblables à celles qui se sont produites du mois de janvier au mois de juillet. Même durée (vingt minutes environ).

Le 20 janvier 1882, vingt et unième attaque; durée, trente minutes.

Le 25 février, vingt-deuxième attaque; durée, dix minutes.

Le 12 mars, vingt-troisième attaque; durée, quinze minutes.

Le 26 avril, vingt-quatrième attaque. (Aphasie incomplète, accidents du côté du bras et de la main d'une durée de dix minutes.)

Le 17 mai, vingt-cinquième attaque. (Aphasie pendant trente minutes. Pas d'accidents du côté du bras).

Le 25 juin, vingt-sixième attaque. (Aphasie depuis

neuf heures du soir jusqu'à trois heures du matin. — Quelques petites secousses convulsives dans la main.)

Juillet et août, pas d'attaque.

Le 12 septembre, en revenant de la chasse, vingt-septième attaque d'aphasie. (Durée, vingt-cinq minutes. — Quelques secousses convulsives dans le bras.)

Octobre, pas d'attaque.

Le 13 novembre, vingt-huitième attaque d'aphasie. Du côté du bras, fourmillements, secousses convulsives, paralysie. Durée, vingt minutes.

Le 26 décembre, au milieu d'un accès violent de migraine, aphasie pendant dix minutes, rien du côté du bras.

Aujourd'hui 19 janvier 1883, j'attends la trentième attaque.

Dans l'intervalle des accès, je jouis d'une excellente santé à part des migraines qui ont commencé, il y a un grand nombre d'années, à une époque que je ne puis fixer.

Pendant ces attaques, le plus souvent, je ne puis rien articuler d'une façon intelligible et, lorsque je parviens à prononcer quelques mots correctement, ceux-ci sont toujours suivis de paroles incompréhensibles. Voici quelques échantillons de mon langage :

Je ne pas rien di, pour : je ne puis rien dire ;

Rien d'utos, pour : rien du tout ;

Comme je cobre, pour : comme je cause ;

Ma tende, pour : ma tête ;

J'ai sufumert, pour : j'ai souffert.

J'ai soixante ans ; je le répète, je jouis d'une santé excellente ; mes urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Nous compléterons cette intéressante observation en ajoutant que le malade ne présente aucune altération appréciable du cœur ni des vaisseaux.

Il est soumis depuis quelques semaines à un traitement dont il est inutile d'indiquer les détails, puisqu'il serait impossible, en ce moment, d'en apprécier l'efficacité.

Mais le point le plus intéressant de cette curieuse histoire, c'est qu'il s'agit évidemment d'une ischémie cérébrale fonctionnelle, analogue à celle que nous avons décrite, dans le premier numéro de l'*Encéphale* (mars 1881).

En effet, l'unique déplétion sanguine qui ait été pratiquée a déterminé une notable aggravation des accidents, et

des convulsions épileptiformes, qui n'ont paru que cette seule fois.

Les autres attaques, à l'exception d'une seule, n'ont été que de courte durée. Il est donc évident que l'application de sangsues, loin d'améliorer la situation, l'a notablement aggravée, ce qui confirmait le diagnostic d'ischémie.

D'autre part, l'intermittence si marquée des accidents, et la durée extrêmement courte de chacune de leurs manifestations, ne saurait se concilier avec le diagnostic d'une lésion organique (hémorrhagie, tumeur ou ramollissement). On peut, au contraire, les rattacher avec assez de probabilité à cet état mal défini, mais visiblement lié à un trouble fonctionnel de la circulation cérébrale, que nous appelons *migraine*. On sait, en effet, que très souvent la migraine se complique d'un certain degré de perturbation de la faculté du langage, et que presque toujours, pendant la durée de l'accès, la facilité d'élocution du malade est notablement diminuée.

J'ai connu un homme fort intelligent, qui, depuis l'âge de dix-sept ans, était sujet à des migraines revenant tous les mois, et présentant une très grande intensité. A la suite de chaque migraine, il était aphasique pendant quelques jours.

Il est intéressant de remarquer, que, dans tous les faits que j'ai signalés, ainsi que dans quelques autres cas qui ont été publiés à la suite de mon travail, il existait un trouble plus ou moins accentué de la faculté du langage.

Il est donc permis de croire qu'entre ces manifestations symptomatiques, et l'ischémie cérébrale fonctionnelle, il existe un rapport dont il est difficile en ce moment d'apprécier la portée, mais qui très certainement résulte d'un trouble profond de la circulation intra-crânienne.

M. DALLY. — Quel est l'état mental de ce malade, il faut tenir compte de la possibilité d'épilepsie par anémie; y a-t-il des signes de déchéance intellectuelle?

M. BALL. — Le malade ne présente aucun signe de déchéance intellectuelle, aucun autre trouble de la motilité ou de la sensibilité générale ou locale. Quant à l'épilepsie, déjà M. Foville l'avait attribuée à l'ischémie cérébrale. Ce malade a présenté une seule fois des convulsions dues à l'anémie cérébrale, mais il n'appartient nullement à cette classe d'individus à anémie cérébrale se traduisant par des

attaques épileptiques. Dans ce cas, il aurait présenté déjà des convulsions avant l'âge de cinquante-huit ans ou du moins de ces symptômes qui parfois remplacent l'attaque d'épilepsie. C'est une ischémie cérébrale fonctionnelle et non épileptique liée à des migraines.

M. FOVILLE. — N'existerait-il pas des rapports entre les accidents dont vient de parler M. Ball, et ceux qui se rattachent à l'épilepsie? Il y aurait grand intérêt à établir un diagnostic différentiel entre les cas de ce genre et les accès incomplets d'épilepsie.

Il y a vingt ans l'aphasie était peu connue et les troubles aphasiques, dont les observations se multiplient de nos jours, étaient rarement signalés chez les épileptiques; enfin, pour affirmer l'absence de déchéance intellectuelle d'un malade, il faudrait pouvoir l'observer de près pendant un temps suffisant. Souvent alors on constaterait des troubles qui ne se manifestent ni pendant une visite, ni dans une lettre.

M. BALL. — Mon malade m'a produit l'impression d'un homme remarquablement intelligent; faiblirait-il par l'âge et même par ses accès que ce ne serait pas une raison suffisante pour en faire un épileptique; car en ce cas il faudrait d'autres preuves. Pour pendre un coupable, il faut trouver un délit. Notre malade n'a présenté ni vertige, ni aura, ni hallucination; à chaque crise il a conservé complètement sa connaissance et même apprécié sa situation, puisqu'il est venu m'en apporter lui-même le témoignage en m'en rendant compte. Certes, quelques épileptiques ont conservé parfois un degré imparfait de conscience, mais ordinairement le moi est aboli.

Enfin, pour établir un diagnostic différentiel comme le désire M. Foville, il faudrait connaître à fond l'ischémie fonctionnelle qui n'en est encore qu'à l'étude; nos connaissances en anémie cérébrale sont nulles quand il s'agit d'en montrer les ressorts. Peut-être, pourra-t-on rattacher plus tard l'ischémie fonctionnelle aux nombreuses causes d'épilepsie; mais je ne peux m'avancer davantage, désireux que je suis d'être positif en ces questions.

M. DELASIAUVE. — Je ne veux faire qu'une remarque sur l'observation si intéressante que vient de nous communiquer M. Ball. Nous sommes accoutumés à en rencontrer d'analogues, sinon d'identiques. Est-il possible d'en déterminer

toujours le caractère et la nature ? Ici, par exemple, a-t-on affaire à une menace d'hémiplégie, à une variété du mal caduc ou à une aphasie en puissance ? D'où procèdent les phénomènes ? Répondent-ils à une lésion purement fonctionnelle ou à une altération caractérisée ? M. Ball, se fondant sur une étude antérieure, les rapporterait volontiers à une anémie. L'embarras de la prononciation a même fait penser à la possibilité d'une paralysie générale.

Ne sont-ce pas là de simples conjectures ? Pour mon compte, j'ai longtemps réfléchi à ce sujet, et je me suis convaincu de la presque impossibilité de fixer, en pareils cas, un diagnostic certain. Ou les autopsies, qui seules pourraient éclairer, sont muettes, ou elles révèlent parfois des lésions qu'on était loin de soupçonner. Un fort garçon de dix-huit ans avait, une ou deux fois par mois, des accès d'épilepsie assez intenses. Il succombe dans l'un d'eux. Que trouve-t-on à l'autopsie ? L'un des lobes postérieurs du cerveau transformé en une sorte de moignon fibreux. Rien autre chose.

Chez un second, du même âge, dont les accès étaient précédés, accompagnés ou suivis de vomissements réitérés, on présume quelque altération du côté de l'estomac ou du plexus solaire. Ces organes étaient indemnes. De même du cerveau, sauf qu'entre les surfaces d'une des scissures de Sylvius, on découvre, y adhérant lâchement par des filaments de tissu cellulaire, une sorte d'araignée osseuse (noyau hérissé de pointes) de la grosseur d'une aveline.

A Bicêtre, la 1^{re} et la 2^e section se partageaient l'infirmerie des enfants épileptiques. Dans la portion dirigée par M. F. Voisin, un garçon d'une quinzaine d'années demeure plusieurs mois alité, en proie à des attaques graves se répétant cinq, six fois, et plus, quotidiennement. Elles disparaissent comme par miracle et, quand le service m'incomba, le malade, enrégimenté dans une brigade qui travaillait aux champs, échappait à ma surveillance. Par malheur, pris d'une pneumonie, alors qu'on se félicitait de sa prompte guérison, du gonflement se manifeste à la piqûre d'une saignée qu'on lui avait faite. Une résorption purulente occasionne bientôt une terminaison fatale. Cerveau normal à l'exception d'un tout petit foyer sanguin résorbé, et rempli d'une trame celluleuse, au sommet du lobe pariétal. Evidemment, une hémorrhagie circonscrite avait eu lieu en ce point. A l'excitation qui en émanait, étaient dues les crises

convulsives qui disparurent à mesure de la cicatrisation. Ce qui le confirmerait, c'est, d'après un renseignement fourni par le surveillant, la survivance d'une légère faiblesse dans les membres du côté opposé à l'altération locale.

Tous les mois environ, une de nos malades de la Salpêtrière avait une série d'attaques suivies d'une congestion pulmonaire menaçante et durant une semaine au moins. Après un ou deux ans, cette congestion occasionna des accidents mortels; mais que présenta le cerveau? Au point de jonction de sa base avec le bord supérieur de la protubérance une ulcération sèche, parsemée d'un pointillé rougeâtre, expliquant sinon l'attaque au moins l'oppression pulmonaire, en raison des origines compromises des nerfs pneumo-gastriques.

Une dame d'environ quarante ans entre comme aliénée dans la division de M. Moreau, à la Salpêtrière. Il apprend que le trouble récent est dû à des attaques d'épilepsie. La lucidité promptement revenue, il prescrit sa translation parmi les épileptiques. Un mois se passe sans aucun accident. Mais, en huit jours, elle manifeste un affaiblissement graduel des membres inférieurs si rapide, qu'elle tombe dans un affaissement général et meurt. Un vaste kyste s'était creusé un domicile à la base des deux lobes antérieurs. Quant à l'issue funeste, elle s'explique par un ramollissement aigu et étendu, parti d'un point de la périphérie de cette tumeur, si longtemps inoffensive.

Deux autres fois, à Bicêtre, nous rencontrâmes, chez l'un, une ossification complète de la faux cérébrale, chez le second, trente petits kystes enchatonnés sur la surface des deux hémisphères. En ce dernier cas, une demi-paraplégie forçait le malade à rester au lit; de plus, dans les attaques, presque quotidiennes, la perte de connaissance n'était pas complète et la forme des convulsions avait un cachet spécial.

Que conclure de ces diversités? Il se peut qu'un même mécanisme préside à la manifestation des accès; mais, ce qui n'est pas moins probable, c'est que sa mise en jeu soit déterminée par des incitations, provenant non seulement des compartiments voisins du cerveau, mais même des organes les plus éloignés.

L'intermittence aurait surtout droit de surprendre, si elle ne semblait comme une loi de notre organisation. Une

dent gâtée, après des rages intolérables, demeure indolente des journées, des semaines entières. Telle migraine atroce persiste trois et quatre jours, pour ne renaître que quinze jours ou un mois après. Au milieu de la santé, une dame est prise d'une douleur dans le membre inférieur gauche. Dix fois, elle se renouvelle durant sept à huit heures, revient inégalement le lendemain, les jours suivants, puis disparaît pendant un temps indéterminé.

Envisagé de ce point de vue, le cas de M. Ball demeure sans contredit mystérieux, comme la plupart des accidents de cette nature sur lesquels l'autopsie, seule, jette quelquefois un certain jour. Il penche, avons-nous dit, pour l'anémie. A priori, cet état général continu nous paraît incompatible avec des intermittences prolongées. Tout au plus, devrait-on observer des rémissions oscillatoires, en raison de l'impression constante d'un sang appauvri. Au contraire, s'en rapportant à l'analogie des précédents exemples, on concevrait mieux l'effet provenant d'une altération circonscrite, induration des parois artérielles, points ossifiés, petits noyaux hémorrhagiques, etc., qui troublerait momentanément la circulation capillaire, sous des influences accidentelles.

A Bicêtre, entre un malade donnant depuis trois mois, par suite d'une chute de cheval, des signes de démence progressive. Un ramollissement cérébral n'était pas douteux. En six semaines, frappé de quatre congestions cérébrales conjuguées d'abord chacune, en quelques jours, par un traitement énergique, il succombe à la dernière. Le ramollissement existait bien à la base des hémisphères; mais il avait un point de départ. C'étaient trois coques cartilagineuses, qui sans doute, séjournaient là inoffensives depuis longtemps. En un autre point, n'auraient-elles pas pu occasionner et justifier des désordres aphasiques et convulsifs comparables à ceux que M. Ball nous a signalés? Evidemment. Ajoutons incidemment que, selon nous, la chute de cheval, en ébranlant les corps étrangers, a été l'origine du ramollissement aigu, cause efficiente de la mort.

M. BILLON. — Avec le regret de me trouver si à court de temps pour la développer, je voudrais adresser à M. Ball une simple question, c'est celle de savoir si, en discutant à part lui le diagnostic différentiel de l'affection qui a fait l'objet de son intéressante communication, la pensée ne lui est pas venue de rattacher les accidents éprouvés par son

malade à la période prodromique de la paralysie générale considérée dans une de ses formes spéciales. Ce qui m'a frappé, pour ma part, chez son sujet, ce sont les attaques épileptiformes et la guérison survenue ensuite, guérison dans laquelle je ne serais porté à voir qu'une rémission, si complète qu'elle ait été.

Je crois devoir faire observer à cette occasion, que ce n'est pas seulement dans la période ultime de la paralysie générale qu'on observe de telles attaques, qu'on en rencontre aussi dans la période prodromique, quelquefois nombre d'années avant l'apparition des premiers symptômes caractéristiques de cette affection, et cela tantôt sous la forme d'attaques sub-intrantes, tantôt sous celle d'accès isolés, ressemblant à s'y méprendre à l'accès d'épilepsie essentielle.

Je suis le premier à reconnaître que, dans l'espèce, le diagnostic ne peut être, en quelque sorte, que conjectural, et qu'il offre en tout état de cause de très grandes difficultés: mais j'estime que, quand on se trouve en présence de cas plus ou moins semblables à celui dont M. Ball vient de nous présenter la relation, il est bon d'être prévenu que, dans certains de ces cas, on a vu l'affection se dénouer par l'évolution d'une paralysie générale qui ne pouvait plus laisser aucun doute.

J'en ai, entre quelques autres, observé un exemple type de concert avec Daviers d'Angers; le malade avait préludé par des actes de violence pour lesquels il avait d'abord été incarcéré et pour lesquels il avait ensuite bénéficié d'une ordonnance de non-lieu. Si, dans la période où de tels accidents se présentent, les malades ne peuvent pas encore être considérés comme des paralyvés généraux dans l'acception rigoureuse du mot, ce sont à mes yeux, suivant une expression que j'emprunte au langage typique de notre cher et éminent collègue, M. Lasègue, des candidats à la paralysie générale.

M. BALL. — Mon malade n'a présenté aucun symptôme capable de faire penser à la paralysie générale.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

LE PROFESSEUR LASÈGUE

Société médico-psychologique. — Séance du 9 avril 1883.

M. MOTET, président, prend la parole et s'exprime dans les termes suivants :

MESSIEURS,

La Société médico-psychologique de Paris a fait une irréparable perte. La mort nous a enlevé M. le professeur Lasègue, qui ne comptait au milieu de nous que des amis, je pourrais dire aussi que des admirateurs.

Sous quelque côté qu'on étudie cet homme vraiment supérieur, on reste frappé de la perfection des qualités qui le distinguaient. Professeur de clinique à la Faculté de médecine, il apportait dans son enseignement un soin jaloux. Ses leçons, qu'il n'avait point écrites, mais qu'il avait longuement méditées, étaient des modèles d'exposition savante; pleines de faits, d'aperçus ingénieux, elles étaient, pour l'élève, une sorte d'initiation à des choses inconnues, non soupçonnées même. Pour ceux qui, plus expérimentés, venaient entendre le Maître, elles étaient la solution longtemps cherchée de questions restées jusque-là sans réponse. Lasègue parlait, et à mesure que se formulait sa pensée, c'était une révélation pour qui le pouvait et le savait comprendre. Il n'y avait pas un mot, pas une phrase, qui ne répondît à l'une de nos préoccupations, qui ne fixât dans des termes d'une précision admirable la loi d'états pathologiques entrevus avant lui, peut-être, jamais déterminés comme ils l'étaient par lui.

Au lit du malade, l'enseignement était plus familier, mais aussi plus pénétrant. Au hasard de l'occasion, venaient les causeries animées par les mille saillies de l'esprit le plus délicat, le plus fin. C'était l'imprévu sous la forme la plus séduisante, c'était aussi les aperçus d'une originalité telle qu'elle étonnait parfois, mais dont on reconnaissait la justesse quand on prenait la peine d'y regarder de plus près. Personne ne fut plus que Lasègue un vulgarisateur. Il avait le don de faire jaillir les idées; il indiquait à larges traits; mais l'esquisse était déjà si parfaite, les lignes étaient si bien indiquées, qu'elles servaient de cadre, qu'on le pouvait suivre, sans crainte de se perdre en essayant d'achever

ce qu'il n'avait voulu qu'ébaucher en passant. Il avait plaisir à reprendre lui-même plus tard ces dessins qu'il rehaussait alors d'une touche magistrale, laissant à tout ce qu'il disait l'empreinte d'un talent sans égal.

Pour nous, messieurs, au milieu desquels il était venu, trop tard encore à notre gré, prendre place en 1867, il était déjà depuis longtemps des nôtres par les travaux dont il avait enrichi vos annales. Il fut un des collaborateurs de la première heure, avec son ami Morel. Les études historiques sur l'aliénation mentale, sur le traitement moral de la folie, sur quelques établissements d'aliénés dans la Russie occidentale, appartiennent à la période de 1844 à 1848. Et depuis, les *Archives générales de médecine*, aussi bien que vos *Annales*, sont pleines de ces monographies, où, dans des pages d'une concision vigoureuse, se trouvent condensées des études de la plus haute valeur scientifique.

Ai-je besoin de vous rappeler, messieurs, ce chef-d'œuvre de délicate et fine analyse qui s'appelle : *Le délire de persécution*. Publié en février 1852, le mémoire original de Lasègue a fait, on peut le dire, le tour du monde savant. Partout on a accepté cette forme dont les contours avaient été tracés d'une main aussi ferme; nulle part on n'y a rien ajouté, tant était précise une description dont la clinique avait fourni toutes les données. Il en a été de même pour tous les travaux de Lasègue, et vous savez s'ils sont nombreux. Par une sorte de prédilection, il s'attachait aux choses de la médecine mentale, auxquelles il avait été initié par un maître, un ami, Falret père. Dans le milieu incessamment renouvelé de l'infirmerie spéciale du dépôt de la Préfecture de police, dans cette admirable clinique, il trouvait à chaque instant de nouveaux sujets d'études, et sa curiosité qui n'était jamais assouvie, allait cherchant toujours. Il prenait quelques notes rapides, laissées négligemment en apparence, au fond d'un tiroir; et un jour, jaillissait une de ces monographies écrites d'un style incomparable, si brillant, si facile, qu'on pouvait prendre pour une improvisation ce qui était le résultat de longues méditations, de l'expérience accumulée pendant plusieurs années. C'est ainsi que virent le jour les études sur les exhibitionnistes, sur le vol à l'étalage, sur les cérébraux, sur le délire alcoolique considéré comme un état de rêve, sur la mélancolie perplexe, sur la pathogénie de l'épilepsie. L'année 1880 vit

éclore presque coup sur coup ces travaux qu'on se hâtait de lire, dont on voulait retenir toutes les idées, tant elles éveillaient d'aperçus nouveaux. Je ne veux pas, messieurs, insister, laissant le soin de le faire à votre Secrétaire général, M. Ritti, qui appréciera pour nous, comme il convient, cette vie si pleine, si honorable, si digne; mais j'ai le devoir de rendre aujourd'hui un hommage respectueux à la mémoire du collègue que nous venons de perdre.

Il est un côté de son talent qui mérite d'être mis ici en lumière. Lasègue avait une haute autorité dans les questions médico-légales. Il ne la devait pas moins à l'indépendance reconnue de son caractère qu'à son grand savoir. Il jugeait les choses de haut, avec une précision, une netteté qui portaient la conviction avec elles. Ennemi de tout ce qui n'était pas la question elle-même, il ne permettait pas qu'on s'égaraît dans les discussions psychologiques ou sentimentales. Il voulait que le fait soumis à l'examen fût étudié comme un fait clinique; et il prétendait avec raison que l'opinion du médecin expert doit reposer toujours sur une donnée scientifique. Ses rapports concis, sous une forme parfois aphoristique, disaient tout ce qu'il fallait dire, et rien de plus. Ils ne laissaient pas de prise à l'argumentation de la défense, et si quelquefois elle se produisait, il avait de ces réponses qui désarmaient la réplique; un mot, une phrase lui suffisaient pour ramener le débat sur son véritable terrain, et son jugement avait un poids si grand, que plus d'une fois, après sa déposition, le ministère public abandonna l'accusation, conseillant au jury de s'en rapporter à l'appréciation du savant.

Lasègue, messieurs, a honoré notre profession; il l'a défendue dans des circonstances dont vous avez gardé le souvenir. Personne n'était plus jaloux que lui de notre dignité, personne n'avait le sentiment plus élevé que lui du respect qui lui est dû. Sévère pour quiconque ne lui paraissait pas marcher droit, il n'en avait pas moins au fond du cœur une indulgence qu'on a pu prendre quelquefois pour de l'insouciance; mais, pour ceux qui le connaissaient bien, cela n'était pas autre chose que la manifestation d'une bonté qui n'était point commune. Ceux qu'il honora de son amitié, ceux pour lesquels il ouvrit sa maison et son cœur, garderont de lui le plus reconnaissant souvenir.

Nous, messieurs, ses collègues d'autrefois, nous nous

rappellerons la part qu'il prenait à nos discussions, nous n'oublierons jamais ce qu'il fut pendant notre congrès de 1878, où, à côté de notre vénéré président, M. Baillarger, il apparut comme l'un des représentants les plus distingués de la médecine mentale en France.

J'ai réclamé, messieurs, comme un honneur de dire adieu en votre nom à M. le professeur Lasègue ; je n'ai pas cru devoir, au bord de cette tombe, parler du savant, je n'ai pensé qu'au collègue, à l'ami, dont la perte nous touchait si douloureusement. Je savais que l'heure viendrait de rendre, avec tous les développements qu'il comporte, un hommage mérité à celui qui restera l'une des gloires de la Société médico-psychologique.

Voici, messieurs, les paroles que j'ai prononcées en votre nom :

La mort a de brutales rigueurs, et, si accoutumé qu'on soit à compter avec elle, quand elle frappe l'une de ces têtes élevées vers lesquelles se tournaient tous les regards, quand elle vient trop tôt interrompre une vie de travail, à l'heure où l'expérience acquise profite à tous, l'émotion reste douloureuse et profonde. Les souvenirs reviennent en foule, avivés par les regrets d'une irréparable perte. On voudrait encore entendre la voix du Maître, recueillir de sa bouche éloquente ces enseignements où il jetait avec une libéralité sans égale les trésors de sa vaste et supérieure intelligence. On se rappelle les entretiens familiers, les causeries d'un charme si pénétrant et si vif, d'où l'on emportait toujours une idée juste, fixée désormais dans l'esprit par un mot, une phrase, d'une précision, d'une netteté décisives.

Et cette voix restera muette ; c'est au passé qu'il nous va maintenant falloir demander ce que nous étions toujours sûrs de trouver auprès de vous, Maître aimé, Maître respecté. Vous donniez, sans compter, le meilleur de vous-même ; il n'est pas un de nous qui n'ait contracté vis-à-vis de vous une dette de reconnaissance. Vous étiez, dans nos discussions scientifiques, la lumière éclatante qui illumine tout autour d'elle ; mais vous étiez aussi la lumière bienfaisante et douce pour tous ceux qui avaient besoin d'un conseil, d'un appui. Vous aviez reçu tous les dons, et votre cœur avait

des délicatesses infinies. Ah, combien perdent ceux à qui vous aviez permis de marcher dans votre sillon, ceux à qui vous tendiez la main pour les aider à vous suivre! La route jadis parcourue avec vous leur apparaît déserte, il leur manque quelque chose qu'ils sentent bien éteint pour jamais, le clair rayonnement d'une amitié tutélaire aujourd'hui brisée.

Et voilà pourquoi nous vous pleurons, voilà pourquoi la Société médico-psychologique de Paris veut que j'apporte ici l'expression de sa douleur. Jeunes et vieux, nous avions pour vous une affection respectueuse; votre autorité acceptée sans conteste ressemblait à celle d'un chef de famille dont les avis sont écoutés et suivis, parce qu'après tout, ils sont les meilleurs. Nous connaissions votre mâle fierté, la noble indépendance de votre caractère, nous savions bien que si quelque part on se permettait de nous juger avec une malveillante légèreté, vous étiez là, prêt à nous défendre, dans un ferme langage dont la dignité de votre vie doublait la juste sévérité.

Tant de services rendus, tant de travail, tant de dévouement dans vos fonctions publiques, dans vos relations de chaque jour, méritaient mieux que cette mort prématurée! Pourquoi n'avez-vous pas été épargné, pourquoi n'êtes-vous pas resté longtemps encore au milieu de cette famille dont vous étiez l'orgueil, que vous aimiez tant et qui vous rendait la vie si heureuse et si douce! Qu'elle nous permette de mêler nos larmes aux siennes, et de vous dire, nous qui sommes cruellement éprouvés comme elle, du fond de notre cœur déchiré, le dernier, l'éternel adieu.

Adieu, monsieur Lasègue, adieu!

Messieurs, en signe de deuil, en souvenir de la présidence de M. le professeur Lasègue, j'ai l'honneur de vous proposer de lever la séance.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS.

1884.

(Suite et fin)

Lyon médical.

1. *Note de pathologie cérébrale*; par M. le D^r Dumolard (de Vizille)
(nos 4 et 2).

Ayant observé deux cas intéressants de dédoublement de la personnalité, l'un chez un malade atteint de phlegmon de la cavité ischio-rectale gauche, l'autre chez une femme atteinte de fièvre intermittente quotidienne avec paralysie du côté droit, l'auteur en conclut à l'indépendance d'action des deux hémisphères cérébraux, mais il nous paraît pousser trop loin le cours de ses déductions hypothétiques,

2. *Note anatomo-pathologique sur deux cas d'encéphalite chronique*;
par M. le D^r A. Carrier (n^o 4).

3. *Folie traumatique; trépanation; guérison*; par M. Daniel
Mollière, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu (n^o 44).

Les conclusions de l'auteur, qui affirme avoir guéri par la trépanation un cas de *folie traumatique* et part de là pour proposer le même moyen dans tous les cas analogues, ne me paraissent devoir être acceptées que sous bénéfice d'inventaire. Il ne me paraît pas démontré, en effet, qu'on ait eu réellement affaire, dans le cas observé, à une folie traumatique. N'était-ce pas une folie alcoolique, développée, comme cela arrive si souvent, à l'occasion d'une chute ou d'un choc quelconque? Des détails précis et circonstanciés, tant sur le passé et les habitudes du malade que sur les caractères de son délire, auraient pu éclairer la question. Malheureusement ils font presque entièrement défaut dans la relation donnée par l'auteur,

4. *Mémoire sur la déviation conjuguée des yeux et la rotation de la face dans les lésions bulbo-protubérantielles, à propos d'une tumeur de cette région*; par M. le Dr Quioç (nos 27, 28, 29 et 30).
5. *Hystérie consécutive à la morsure d'un chien; névrite du cubital; contracture permanente de l'annulaire*; par M. Humbert Molliére, médecin des hôpitaux.
Le titre de cette intéressante observation en indique assez la substance. Reste seulement à se demander quelle a été sur la production de l'hystérie et des accidents consécutifs, la lésion matérielle produite par la morsure et l'ébranlement moral qu'elle a également déterminé.
6. *Kyste crânien; compression cérébrale chronique; opération; amélioration des fonctions intellectuelles*; par M. Aubert, chirurgien de l'Antiquaille (n° 32).
7. *Hystéro-épilepsie (?)*: hémiplegie droite; lésions tuberculeuses des circonvolutions frontale et pariétale ascendante du côté gauche. Phénomène d'efflorescence cutanée; hémorragies internes; mal de Pott cervico-dorsal; par M. L. Céuas (n° 34).
8. *Traitement de l'hystérie par les feuilles métalliques administrées à l'intérieur*; par M. Garel (nos 35, 37 et 38).
9. *Observation d'hémorrhagie cérébrale et médullaire à la suite d'un bain froid*; par M. Parizot (n° 36).

Montpellier médical.

4. *Rapports entre les lésions de la sphère génitale et l'aliénation mentale chez la femme*; par le Dr A. Mairet (nos d'octobre 1880, de mai, juillet, novembre, décembre 1881).

Ce travail qui a été commencé en 1880, et qui n'est pas encore terminé, est rempli de faits des plus intéressants, mais nous devons en attendre la fin et les conclusions pour pouvoir en rendre compte.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux.

1. *Détournements. — Abus de confiance. — Alcoolisme. — Responsabilité*; rapport médico-légal; par le Dr Lagardelle (n° 1).
2. *Manie grave. — Hyperesthésie. — Traitement par le bromure de sodium et le chloral. — Guérison*; observation recueillie par M. Delaye (n° 1).
3. *Vols. — Paralyse générale progressive. — Irresponsabilité*; rapport médico-légal, par le Dr Lagardelle (n° 2).

4. *Leçon sur un cas d'hémiplégie.* — Lésions corticales du cerveau (zone motrice et zone latente); par M. le professeur Picot (n° 3).
 5. *Rupture de ban.* — *Délire des persécutions.* — *Irresponsabilité;* rapport médico-légal par le Dr Lagardelle (n° 7).
 6. *Hystérie et nymphomanie,* à propos du scandale de Bordeaux; par le Dr Lagardelle (n° 10).
 7. *Sensibilité générale; physiologie et psychologie;* par le Dr Lagardelle (n° 13).
 8. *Illusions pathologiques.* — *Hallucinations;* par le Dr Lagardelle (n° 16).
 9. *Illusions et hallucinations des sens.* — *Fréquences;* par le Dr Lagardelle (n° 18).
 10. *Lésions de la sensibilité générale;* par le Dr Lagardelle (n° 19).
 11. *Troubles de la sensibilité générale dans le délire mélancolique;* par le Dr Lagardelle (n° 25, 32 et 36).
 12. *Encéphalopathie saturnine.* — *Convulsions.* — *Catalepsie.* — *Phénomène de Cheyne-Stokes.* — *Urines albumineuses.* — *Guérison;* par M. le professeur Picot (n° 34).
 13. *Notes relatives à la loi sur les aliénés;* par le Dr Lagardelle (n° 37 et 38).
- Elongation des nerfs et ses applications au traitement des névralgies du trijumeau;* par le Dr Badal (n° 47, 49 et 51).

Marseille médical.

1. *Théorie physiologique de l'hallucination;* par le Dr Prosper Despine.

Cet intéressant article a paru *in extenso* dans les *Annales médico-psychologiques*, ce qui nous dispense d'en donner une analyse.

Nice médical.

1. *Accidents hystériques dans la convalescence d'une trachéotomie;* par le Dr Prompt (n° 9).

Il s'agit d'un enfant de cinq ans, ayant subi la trachéotomie, qui, pendant sa convalescence, ressentit à plusieurs reprises une sensation de boule se mouvant le long de la poitrine et du cou. Ce symptôme, le seul observé par l'auteur, ne nous semble pas suffisant pour expliquer le titre d'*accidents hystériques*, adopté par lui; avec d'autant plus de raison que les accès de suffocation observés pouvaient être des spasmes réels déterminés par l'irritation nerveuse, consécutive à l'opération.

2. *Les névroses convulsives et la picrotoxine;* par le Dr F. Planet (n° 5, 7, 9).

1° La picrotoxine agit tout spécialement sur le système cérébro-spinal;

2° Cette action paraît épargner le cerveau et les cellules idéomotrices et porte spécialement sur le cervelet et la substance grise du mésocéphale, siège des effets réflexes pour le bulbe et la moelle;

3° A haute dose la résultante de cette action se compose de deux effets opposés, la torpeur au début, la surexcitation ensuite, avec paralysie finale par dépense excessive d'influx nerveux.

4° A dose réduite et thérapeutique, on peut considérer la picrotoxine comme un sédatif et un régulateur de la névrosité, en tant qu'expression morbide de la suractivité des éléments cérébelleux et bulbo-médullaires.

Revue médicale de l'Est.

1. *Sur un cas de névralgie trifaciale épileptiforme*; par le Dr Ch. Liégeois (n° 6).
2. *Discours prononcé aux obsèques du Dr Giraud*; par M. Demange père (n° 7).
3. *Sur une forme spéciale de tremblement dans la paralysie générale simulant le tremblement de la sclérose en plaques*; par le Dr Emile Demange (n° 10).

L'auteur fait observer que si, dans la forme paralytique ou sans délire de la paralysie générale, le tremblement musculaire vient à revêtir les allures du tremblement caractéristique de la sclérose en plaques, le diagnostic devient des plus difficiles. A l'appui de son dire, il cite un cas qu'il a considéré comme un exemple de sclérose en plaques, jusqu'au moment où l'autopsie est venue lui démontrer qu'il s'agissait d'un cas de paralysie générale.

Il est permis d'être d'accord avec M. Demange sur la ressemblance du tremblement musculaire, dans ce cas, avec celui qu'on observe dans la paralysie agitante; mais il faut avouer qu'il a tort de considérer le tremblement dans la paralysie générale, comme pathognomonique. Les deux symptômes capitaux, essentiels, dans cette affection, sont d'un côté l'embarras de la parole, de l'autre l'affaiblissement intellectuel. Or ces deux symptômes étaient assez marqués et assez caractéristiques chez son malade pour que l'auteur ne prit pas le change sur le tremblement et pour qu'il arrivât facilement au diagnostic.

4. *Note sur un cas d'hémichorée essentielle*; par les D^rs Schmitt et P. Parisot (n° 12).
5. *Observation d'aphasie totale datant de trois mois, guérie subitement par le passage d'un courant faradique*; par le D^r Emile Lévy (n° 14).

Gazette médicale de l'Algérie.

Ce journal ne contient aucun article susceptible d'être analysé dans les *Annales*.

Journal de médecine et de pharmacie de l'Algérie.

1. *Le suicide par abstinence*; par le D^r Payn (n° 5).

Dr. E. RÉGIS.

JOURNAUX BELGES

1884.

Bulletins de la Société de médecine mentale de Belgique.

1. *Rapport médico-légal sur l'état mental du nommé D. . . , prévenu de parricide*; par les D^rs Lentz et Schreven (n° 4).

Intéressant rapport sur un criminel qui, responsable d'un crime qu'il a commis, devient aliéné pendant la période d'instruction. Les auteurs ont pensé qu'il n'y avait d'autre mesure à prendre à son égard que de surseoir à toute décision définitive jusqu'à ce que, ou bien son état mental se soit complètement amendé, ou bien soit définitivement devenu incurable.

2. *L'engorgement des asiles d'aliénés*; par le D^r J.-Al. Peeters (n° 4).

Après avoir constaté l'engorgement toujours plus considérable des asiles, l'auteur demande à ce qu'on n'emploie plus, comme remède unique, la construction toujours nouvelle d'asiles spéciaux. « Il faut abandonner le principe de la séquestration de tous les aliénés indistinctement, et rendre à la liberté, au travail, à la vie de famille, les centaines de malades inoffensifs qui encombrement les asiles. Dès ce moment on aura de la place pour les malheureux qui doivent de toute nécessité subir le régime de l'établissement fermé, et l'on pourra cesser

de se plaindre d'un mal que l'on a jusqu'ici entretenu volontairement en s'opposant à toute réforme de l'assistance publique des aliénés. »

3. *Avis relatifs à l'aliénation mentale à l'usage des gens du monde*; par le D^r Koch, traduction par le D^r B.-J. Ingels (n^o 4, suite et fin).
4. *Rapport de la commission chargée d'étudier les causes de l'encombrement des asiles d'aliénés et de rechercher les remèdes à y apporter*; par MM. Van der Abeele, Ingels, Lentz, rapporteurs (n^o 2).
5. *Rapport médical relatif à l'année 1880, sur l'hospice Guislain, à Gand*; par le D^r Ingels (n^o 2).
6. *L'alimentation. Exposé des principes qui doivent servir de guide aux directeurs des établissements publics pour le choix hygiénique et économique de la nourriture, suivi de quelques considérations sur l'alimentation des aliénés*; par le D^r J. Morel (2^e et 3^e fasc.).
7. *Note relative à l'encombrement des asiles d'aliénés*; par M. Oudart (3^e fasc.).
8. *Rapport sur la situation de l'asile d'aliénés de Ghêel pendant l'année 1880*; par le D^r J. A. Péeters (3^e fasc.).
9. *Rapport médico-légal. — Tentative de meurtre exécutée par un mari sur sa femme et son enfant*; par B.-C. Ingels (3^e fasc.).
10. *Remarque sur l'encombrement des asiles d'aliénés de Belgique*; par le D^r Lentz (4^e fasc.).
11. *Considérations sur les soins à donner aux gâteux*; par le D^r Lentz (4^e fasc.).

Cet article, écrit à l'occasion du travail récent du D^r Schüle, indique les précautions de tout ordre à prendre avec les gâteux, et se termine par une planche, représentant le fauteuil recommandé par Schüle pour l'usage des gâteux.

12. *Maladies mentales et mécanisme des opérations cérébrales*; par le D^r Verriest (4^e fasc.).
13. *Communication relative au traitement des aliénés dans les maisons privées*; par le D^r Peeters (4^e fasc.).
14. *Rapport médico-légal. — Diffamation*; par les D^{rs} Ingels et Vermeulen (4^e fasc.).
15. *Des limites de la responsabilité*; par le D^r Koch (4^e fasc.).

Annales de la Société de médecine d'Anvers.

Pas d'articles à signaler.

Annales et Bulletins de la Société de médecine de Gand.

Pas d'articles à signaler.

Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie.

Pas d'articles à analyser.

L'Art médical.

Pas d'articles à analyser.

D^r E. RÉGIS.**JOURNAUX ITALIENS**

1881.

- I. A. Tamburini.** Un caso di microcefalia (Archivio italiano per le Malattie nervose e alienazioni mentali, I et II). — **2. T. Gonzales.** Caso di microcefalia (Ibid.). — **3. Seppilli.** Transfusioni peritoneali in alienati oligoemici (Ibid.). — **4.** Sulla questione della pazzia morale (Ibid.). — **5. A. Solivetti.** Della iniezioni ipodermiche di ergotina in alcune frenopatie (Ibid.). — **6. E. Toselli.** Sulle cause della pazzia nella provincia di Cuneo (Ibid.). — **7. G. Angelucci.** Note statistiche sull'eredità della pazzia (Ibid.). — **8. A. Tamassia.** Sulla mania transitoria (Ibid.). — **9. A. Verga.** Sulla Rupofobia (Ibid.). — **10. L. Luciani.** Sulla epilessia provocata da traumatismi del capo e sulla trasmissione ereditaria della medesina (Ibid.). — **11. F. Bini.** Della pazzia morale in relazione alle esigenze sociali ed umanitarie (Arch. italian. III). — **12. G. Maiorfi.** Di una singolare alterazione della motilità in una alienata (Ibid.). — **13. A. Ruggi.** Della fotoparestesia negli alienati (Loc. cit. V et VI). — **14. C. Focchi.** Di una paraplegia e anestesia isterica curata colla metalloterapia (Ibid.). — **15. G. Todi.** Sulla follia (Ibid.). — **16. G. Buccola.** Sulla misura del tempo negli atti psichici elementari (Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale). — **17. Seppilli et Riva.** Sull'azione della Josciamina e sul suo valore terapeutico nelle malattie mentali (Ibid. I e II). — **18. Adriani.** L'ascoltazione della parola alla superficie del capo (Ibid.). — **19. Canali.** Contributo alle localizzazioni cerebrali (Ibid. III). — **20. Tamburini et Seppilli.** Contribuzioni alla studio sperimentale dell'ipnotismo (Ibid.). — **21. Petrone.** Un caso di rigidità muscolare con lieve ipertrofia dei muscoli. — **22. Boistrocchi.** Cranio e cervello di una epilettica (Loc. cit. IV). — **23. A. Tamburini.** Sullo stato di mente di R. C., imputato di furto, etc., etc., 20° délit, 6° accès de folie (Ibid. I et II). — **24. Franzolini.** Sullo stato mentale dell'omicida Botti Antonio (Ibid.). — **25. Funaioli.** In causa d'omicidio improvviso (Ibid. IV).

(1). — Le fait de *Tamburini* concerne un garçon de douze ans ayant 1 m. 30 de taille et pesant 26 kilôs 300. Circonférence du crâne 42 centim. Hauteur du front 39 centim. Angle facial

70 degrés. (2). — Dans celui de *Gonzalés* il s'agit d'une *microcéphale* de trente-trois ans dont le développement psychique et somatique a subi un arrêt considérable. Taille 4 m. 32, scoliose, genu valgum Circonférence crânienne, 44 centim. Angle facial, 64 degrés.

(3).—M. *Seppilli* rapporte que c'est en vain que les professeurs Caselli, Golgi et Ruggi injectèrent jusqu'à 300 centim. cubes de sang défibriné dans le *péritoine* d'aliénés considérablement affaiblis. Ils n'obtinrent aucun amendement dans l'état mental ni dans l'état général des malades.

(4).— M. *Grilli*, dans son mémoire sur la *folie morale* était arrivé aux conclusions suivantes :

1° Toutes les formes de perturbation psychique peuvent témoigner d'une atteinte plus accentuée du caractère que de l'intelligence. Il existe donc un *syndrome moral*.

2° La folie morale distincte constitue bien une entité morbide autonome qui évolue sur des dégénérés d'ordre congénital. Elle est caractérisée par l'absence de toute espèce de réflexion, de jugement critique et par la dépravation des instincts.

La commission du congrès de Reggio (1886) met cette question à l'étude pour la session suivante.

(5).—L'*injection hypodermique d'ergotine* aurait donné de bons résultats entre les mains de M. *Soltvetti* Six à huit seringues par jour d'une solution d'ergotine Bonjean à 4/6 conviendraient dans tous les cas où l'on suppose que le cerveau est hyperémisé : tels, le délire aigu, le delirium tremens, les accès congestifs des paralytiques, des ictus épileptiques violents (état de mal).

(6). — Les causes prédisposantes joueraient dans la *province de Cuneo* un rôle supérieur à celui des causes occasionnelles quant à la folie. L'hérédité tiendrait notamment le premier rang. C'est ainsi que pendant huit ans, sur neuf cent soixante-huit malades (575 h., 393 f.) admis à l'asile de Raconigi (Piémont), l'hérédité se rencontre chez les hommes en 62,8 p. 100 ; chez les femmes, en 62,4 p. 100. M. Toselli fournit les chiffres suivants :

	HOMMES	FEMMES
Hérédité paternelle (directe ou indirecte) p. 100.	23,8	24,7
Hérédité maternelle, p. 100.	20,4	22,3
Hérédité des deux générateurs, p. 100.	40,4	6,5
Autres causes d'origine congénitale, p. 100.	6,0	7,3
Influences morales constatées chez.	457	420
Éléments pathogénétiques d'ordre physique chez.	447	66

(7).— Ces indications sont intéressantes surtout quand on les rapproche de celles fournies par M. Angelucci relativement à l'hérédité de la folie. De 1877 à 1879, le manicomio de Macérata recevait quatre cent quarante-neuf malades parmi lesquels l'hérédité était notoire chez cent soixante. La proportion totale serait donc de 35,63 p. 100. En ce qui concerne le sexe, elle devient pour les hommes 36,5 p. 100, chez les femmes 34,5. L'examen des conditions particulières de l'hérédité amène l'auteur aux conclusions que voici :

1° L'hérédité directe est plus fréquente que l'hérédité indirecte.

2° L'influence maternelle est plus grande dans l'hérédité directe que l'influence paternelle tant pour les garçons que pour les filles.

3° Dans les psychopathies par hérédité indirecte, le frère ou la sœur jouent un rôle prééminent à celui de l'oncle, de la tante ou des autres parents.

4° La curabilité des psychoses héréditaires ou non est presque la même.

5° La propension aux rechutes pour les vésanies héréditaires guéries est plus grande chez la femme, moindre chez l'homme, que pour les vésanies non héréditaires.

M. (8).— Tamassia considère que la *manie transitoire* n'est ni une manie avec fureur suraiguë ordinaire, ni une manie de nature épileptique. Il différencie tout particulièrement la manie transitoire de cette dernière entité dans les termes suivants qui assurent en même temps, selon lui, une place à part à la manie transitoire. Elle constitue un ensemble symptomatique engendré par l'hyperémie, la fluxion encéphalique, dans lequel les tendances agressives ne sont pas aussi terriblement accentuées et qui se termine par le sommeil : l'amnésie et la guérison sont complètes une fois l'accès passé. La manie épileptique relève de l'anémie, se juge par un état de prostration et d'obnubilation intellectuelle ; l'amnésie ultérieure est inconstante et naturellement les signes de la névrose, quand ils la précèdent, lui survivent.

(9).— Sous le titre de *Rupofibia* M. Verga apporte une observation de folie du toucher, mysophobie ou conceptions irrésistibles qu'il s'agit de rapprocher de celles fournies déjà par les auteurs français, anglais, allemands.

(10).— Avec M. Luciani nous abordons la médecine expérimentale de bon aloi. L'auteur *provoqua des convulsions épileptiques*

chez quarante-huit chiens quelle que fût la lésion de l'écorce ; généralement ces accidents se montrèrent de trois à six mois après la cicatrisation. D'abord légers et rares, ils s'accrurent en intensité comme en fréquence, et l'animal finit par succomber dans un état de mal. Il en fut de même pour des chats, dont un présentait à la suite de l'accès un stade de manie. Il semble de plus que cette épilepsie expérimentale se transmette héréditairement. Ainsi une chienne, opérée treize mois auparavant, s'accouple avec un mâle mutilé depuis neuf mois. Sur huit chiens constituant la portée, cinq sont atteints au bout d'un mois d'accès convulsifs présentant les mêmes allures, la même évolution, entraînant la mort également dans l'état de mal. A l'autopsie, l'organe central ne révèle aucune asymétrie, aucune anomalie. Une chatte engendrée par des parents aussi mutilés offre chaque semaine un accès d'épilepsie toujours suivi d'un stade maniaque.

(11).—Les exigences sociales et humanitaires que réclame la folie morale sont celles que chacun connaît. Il importe de diagnostiquer la maladie. A cet égard, M. Bini la considère comme un symptôme qui peut exister dans les formes les plus diverses du cadre nosographique. Il y a une mélancolie morale, une manie morale, une démence morale, une imbécillité morale, une monomanie morale. La manie morale comprend la folie raisonnante maniaque ; elle s'observe dans la folie périodique et circulaire, dans la paralysie progressive, dans l'hystérie et l'épilepsie. La lucidité, la logique, l'adresse du malade le fait simplement prendre pour un excentrique ou un individu passionné à son grand détriment. L'affaiblissement psychique moral, caractérisé et par de l'insuffisance morale et par de l'insuffisance intellectuelle, en impose pour de la scélératesse, alors que la détermination est profondément altérée.

(12).—L'altération de la motilité, observée par M. Maiorfi chez une démente de cinquante ans, diffère de la chorée, de l'alhétose, des convulsions réflexes saltatoires ou psychiques. C'est un état convulsif tout particulier, tenant de l'ensemble de ces syndromes dont l'analyse est impuissante à faire saisir les caractères.

(13).—La photopurèsthésie de M. Raggi a pour synonyme l'insensibilité de la rétine aux rayons solaires, grâce à laquelle certains aliénés peuvent fixer le soleil. L'auteur, d'ailleurs, ne nous en fournit pas la clé.

(14).—M. Focchi nous communique un nouveau triomphe de la métallothérapie dans les accidents parétiques de l'hystérie. La

guérison fut obtenue complète après la mise en œuvre exacte et prolongée (18 mois) de ce genre de traitement aujourd'hui classique.

(15). — La constitution névropathique, dit M. Todi est le premier échelon des perturbations psychiques ultérieures. Celles-ci peuvent être intellectuelles ou morales. Les premières sont caractérisées par de la versatilité dans l'idéogénèse, de l'incoordination dans les conceptions, une imagination parfois effrénée, de l'excentricité; peu de réceptivité pour l'éducation. La folie morale se manifeste par une propension innée au mal, des tendances égoïstes, cyniques, cruelles dès la tendre enfance. Ces anomalies congénitales ne font que se développer au cours ultérieur de la vie, jusqu'au jour où sur ces terrains ainsi préparés se greffent des délires généraux ou partiels, principalement d'ordre conceptuel pour les premiers, d'ordre impulsif pour les seconds. Ainsi s'engendre la folie.

(16). — Quel temps faut-il pour qu'un aliéné ait conscience d'une *impression psychique élémentaire*, pour qu'il réagisse? C'est chez les idiots que le temps nécessaire, pour que les excitations acoustiques et électro-cutanées entraînent une réaction, est le plus considérable. On sait que, chez l'homme sain, il existe un temps de réaction très élevé et un temps de réaction très faible; il en est de même chez les aliénés, mais chez eux la différence entre le premier et le second est très considérable et dépasse de beaucoup celle qui ressortit à l'individu sain.

Chez les déments M. Buccola constate que le retard par rapport à la moyenne du temps de réaction physiologique, est d'autant plus grand que l'affaiblissement mental est plus prononcé; grande différence chez eux entre le chiffre du temps de réaction le plus élevé et le chiffre du temps de réaction le moindre, différence qui s'accroît en raison directe du degré de l'affaiblissement psychique. La durée la plus faible du temps nécessaire pour la perception de l'impression sensible est toujours plus élevée que celle que l'on note chez l'homme normal.

Dans toutes les entités psychopathiques, à part les états maniaques, il faut plus de temps pour la conscience d'une impression. En un mot la réaction est plus lente à se produire; tantôt l'augmentation de la durée porte à la fois sur le chiffre de réaction moyen et sur le chiffre inférieur (démence, folie systématisée, psycho-épileptique); tantôt elle ne se révèle que sur le chiffre moyen, tandis que le chiffre inférieur demeure

indemne (mélancolie simple, exaltation maniaque, épilepsie trouble mental).

(17).—Nous ne pouvons mieux faire au sujet de l'*hyoscyamine* que de transcrire les conclusions émises par MM Seppilli et Riva :

1° L'*hyoscyamine* a une action sédative, hypnotique évidente, mais on ne saurait lui donner le pas sur d'autres substances à action semblable, par suite des inconvénients qu'en présente l'usage longtemps prolongé.

2° Parmi l'ensemble des psychoses, la manie périodique est la seule dans laquelle l'*hyoscyamine* ait quelque avantage. Administrée dès le début, elle peut amoindrir l'accès.

3° Elle combat parfois l'intensité des accès d'épilepsie.

4° L'emploi de cette substance en injections hypodermiques (de 4 milligr. à 1 centig.) en justifie l'utilisation dans les cas où le malade ne peut prendre le chloral par la bouche, ou lorsqu'on a besoin de calmer rapidement une agitation qui par exemple empêcherait le transport de l'aliéné.

(18). — M. *Adriani* s'est proposé de rechercher sous quelle forme et avec quelle intensité se transmettent la voix et la parole chez tel ou tel individu sain ou aliéné à travers la tête. Il s'occupe notamment ici de la céphaloquie aphone qui se produit quand le sujet parle uniformément à voix basse. Il constate d'ailleurs de grandes différences dans l'intensité de la propagation chez les aliénés.

(19).— Sous le titre susmentionné M. Canali rapporte l'observation d'une gliosarcôme de la première et de la deuxième frontale. Rien de nouveau.

(20).— Ils'agit dans l'étude de MM. *Tamburini* et *Seppilli* d'une femme de vingt-huit ans, épileptique et *hystéro-épileptique*, présentant en outre de l'anesthésie, de l'analgésie, de l'anosmie, de l'ageusie et de la parésie du côté gauche. Ovarie bilatérale. Les auteurs constatent que l'hyperesthésie neuro-musculaire attribuée à l'état hypnotique existe; bien que moindre et moins facile à provoquer chez la malade éveillée. L'hypnotisme profond détermine la généralisation, la perfection de l'anesthésie. L'application des métaux, des sinapismes, engendre aussi le transfert pendant la phase d'hypnotisme. L'emploi local du froid fait disparaître l'hyperexcitabilité neuromusculaire, qui réparaît si l'on applique les métaux. La respiration devient lente et irrégulière, le pouls diminue de fréquence au moment où l'hypnotisme succède à l'état de veille. L'application de l'aimant, des

excitants cutanés, etc... produit, en plus, des effets connus, une apnée qui alterne avec une respiration forte et fréquente, ainsi que du renforcement de l'énergie cardiaque.

(21). — La *rigidité musculaire* décrite par M. Petrone accompagnée d'hypertrophie musculaire, s'opposant dans une certaine mesure à la production du mouvement volontaire ou du moins survenant à l'occasion de celui-ci, n'est autre que le syndrome décrit en Allemagne sous le nom de maladie de Thomsen.

(22). — L'observation de M. Boistrocchi concerne une jeune fille de quatorze ans, *épileptique* dès l'âge de six ans ; les phénomènes convulsifs commencèrent et furent toujours plus accentués du côté gauche. L'autopsie décèle : un crâne asymétrique microcéphale, de l'adhérence de la pie-mère au niveau des lobes pariétaux et temporaux du côté droit, une diminution générale de l'hémisphère droit, de la sclérose atrophique des circonvolutions pariéto-occipitales et temporales du même côté sauf de la pariétale ascendante. Le microscope révèle dans les régions de l'écorce malades une encéphalite interstitielle.

(23). — Le rapport médico-légal de M. Tamburini conclut à des accès de délire furieux avec hallucinations, présentant le cachet de l'épilepsie larvée. Il les rattache à un traumatisme céphalique ultérieur ayant lésé l'écorce du cerveau. Les vols commis immédiatement avant l'accès ne seraient pas de nature impulsive. Mais le malade n'en conserve aucun souvenir, par conséquent il y a lieu de douter de la responsabilité. Au contraire, c'est la crainte de l'arrestation qui provoque l'explosion de l'accès, en tant que cause occasionnelle.

(24). — M. Franzolini met en relief l'hérédité (mère épileptique et syphilitique, père buveur) expliquant et l'état d'imbécillité du meurtrier et la cause de ses crises d'épilepsie. On conçoit que possédant l'irritabilité propre à la névrose en question, il ait pu tuer un rival qui le menaçait, la jalousie aidant.

(25). — Le meurtrier que concerne le rapport de M. Funaioli avait été séquestré vingt ans auparavant pour cause de lypémanie. Depuis son renvoi de l'asile comme guéri, il avait conservé de l'étrangeté dans sa manière de vivre, une grande irritabilité se traduisant par de l'agitation et un regard plein de menaces. Tel était notamment son habitus le matin du crime commis par lui sur un enfant de huit ans, sans aucune raison, devant témoins. Après avoir reconnu le fait, il prétendit ensuite ne pas se le rappeler, pour plus tard vouloir l'excuser ; d'ailleurs nul regret. M. Funaioli conclut à la démence. D. KERAVAL.

JOURNAUX ALLEMANDS

Neurologisches Centralblatt.

ANNÉE 1882 (Suite et fin).

De la disposition des fibres nerveuses à myéline dans l'écorce cérébrale et de la manière dont ces fibres se comportent dans la démence paralytique; par le Dr Franz Tuzek (juillet et août 1882).

D'après l'auteur, la disposition des fibres nerveuses à myéline dans l'écorce cérébrale a été jusqu'à présent fort mal connue; l'existence de ces fibres dans les couches corticales les plus superficielles a même été niée. Les stries décrites par Baillarger et Vicq d'Azyr permettaient, il est vrai, de supposer en ces endroits l'existence d'une accumulation de fibres nerveuses à myéline; mais les procédés en usage ne permettaient pas d'étudier et de suivre ces fibres sur les préparations à l'acide osmique. Cette lacune aurait été comblée par la découverte d'Exner, lequel, en traitant par l'ammoniaque les préparations à l'acide osmique, a réussi à faire ressortir très clairement les fibres nerveuses. Il a découvert ainsi dans le lobe sphénoïdal l'existence d'un grand nombre de fibres nerveuses à myéline, à direction généralement tangentielle, dans la première couche de l'écorce cérébrale. Un certain nombre de fibres venaient de bas en haut et s'inclinaient à la surface pour prendre une direction parallèle à celle-ci. La même disposition a été observée dans la deuxième couche, ou couche des petites pyramides; enfin la troisième couche, celle des pyramides géantes, présentait des fibres plus épaisses, réunies en bandes et se dirigeant vers la moelle. Ces bandes, visibles à l'œil nu, correspondent vraisemblablement aux stries de Baillarger. Soumettant à l'examen l'écorce des lobes frontaux et occipitaux, l'auteur a observé la même disposition qu'Exner. Il a été frappé surtout de la richesse du lobe occipital en fibres nerveuses d'association, comme il les appelle, il fait remarquer que, dans cette partie de l'encéphale, les fibres nerveuses sont tellement abondantes que la substance fondamentale disparaît presque complètement, et il est convaincu que la bande de Vicq d'Azyr n'est formée que par une accumulation de fibres nerveuses à myéline, d'une certaine épaisseur.

L'auteur ajoute que cette richesse de l'écorce cérébrale en fibres nerveuses d'association pour l'organe central de la vue est tout à fait significative. On enseigne, en effet, à la clinique psychiatrique de Marburg que l'organe central de la vue ne peut donner la notion quo de deux dimensions; la perception de la troisième dimension, du relief, de la perspective, étant un ensemble de notions plus compliquées dont l'existence est subordonnée à la notion des mouvements des muscles oculaires et des perceptions sans nombre au moyen desquelles s'est faite l'éducation de la vue.

Or, en vertu de ce principe, les hallucinations visuelles essentielles ne peuvent donner lieu qu'à des images à deux dimensions et transparentes qui rappellent la peinture sur verre, d'après l'expression d'une hallucinée que l'auteur a observée. Il faut se garder, ajoute le D^r Tuczek, de confondre les hallucinations avec les visions du rêve, avec les interprétations fausses d'un esprit égaré, avec les illusions que la vue des personnes et des choses provoque chez les maniaques, et avec les créations d'une imagination trop vive.

De tout cela il résulterait, d'après l'auteur, que si les voies d'association qui aboutissent à l'organe central de la vue sont détruites, l'acte de la vision doit être réduit à sa plus simple expression, à la vue d'images à deux dimensions. Dès lors les objets ne sont plus vus sous leur forme réelle, ne sont plus compris, et ce serait là, sans doute, l'explication de la cécité psychique de Munch.

Une fois convaincu qu'une grande partie de ce qu'on appelle substance fondamentale de l'écorce cérébrale est constituée par des fibres nerveuses à myéline, l'auteur a recherché ce que devenaient ces fibres dans la démence paralytique.

Il rapporte à ce sujet les observations de deux paralytiques en démence, observations suivies d'autopsie. Or, l'examen nécroscopique a révélé dans les deux cas une disparition des fibres nerveuses de l'écorce cérébrale dans le lobe frontal et dans l'insula. Cette disparition était plus complète dans le premier cas, où la démence était plus ancienne, que dans le second, que l'auteur qualifie de démence paralytique galopante.

L'auteur estime que le processus initial et essentiel n'a pas été l'inflammation interstitielle qu'il a également observée, mais la disparition des fibres nerveuses à myéline. Il se demande si le tabes qui survient fréquemment dans la démence

paralytique ne reconnaîtrait pas comme cause un trouble nutritif analogue de certains faisceaux de fibres nerveuses, et si le mécanisme des rémissions dans la démence paralytique ne serait pas le même que celui des rémissions souvent observées dans le tabes, et attribuables certainement à une suppléance fonctionnelle des faisceaux nerveux restés sains.

La disparition des fibres nerveuses d'association, localisées plus spécialement au lobe frontal, paraît à l'auteur un fait d'un grand intérêt. C'est dans ce lobe, dit-il, que nous plaçons le siège du langage. Les fibres nerveuses que renferme ce lobe constituent dès lors les voies par lesquelles nous arrivons aux idées qu'on ne peut acquérir que par le secours du langage. Toute idée d'un ordre plus compliqué, plus élevé, peut se décomposer en une somme d'idées élémentaires qui sont, en grande partie, entrées chez nous par la porte du langage. Si les voies d'association de ces idées élémentaires sont détruites, les idées d'un ordre plus élevé ne peuvent plus se produire. C'est là la théorie qui amène l'auteur à voir, dans la disparition des fibres nerveuses de l'organe central du langage, la cause anatomique de la démence paralytique. Il ajoute qu'on pourrait peut-être attribuer la diminution du poids du cerveau dans la paralysie générale, au moins en partie, à la destruction des fibres nerveuses corticales.

Durée latente du phénomène réflexe du pied;
par le Dr Eulenburg (juillet 1882).

L'auteur se félicite de voir que de Watteville a trouvé pour la période latente des phénomènes tendineux du genou la même durée que lui. Il expose le résultat de ses nouvelles expériences sur le tendon d'Achille, expériences qui semblent démontrer que la durée de la période latente est, pour ce tendon, de un soixante et deuxième de seconde plus forte que pour les tendons du genou. Ce résultat, dit l'auteur, n'est pas incompatible avec la théorie qui admet que les phénomènes tendineux sont de nature réflexe; il fait remarquer néanmoins que, dans cette théorie, étant donnée d'une part la vitesse de transmission dans les nerfs, d'autre part la longueur des trajets centripète et centrifuge du tendon d'Achille à la moelle, la durée latente devrait être de 0,0503 de seconde, tandis qu'elle n'est, d'après ses expériences, que de 0,04839 de seconde. Il est vrai que si, au lieu d'admettre comme vitesse de transmission nerveuse le chiffre de 33^m,90 par seconde (Helmholtz et Baxt), on admettait

celui de 46^m, 80 (Burckhardt), le résultat de l'expérience paraîtrait plus compatible avec la théorie des réflexes. Aussi, vu l'incertitude de ces prémisses physiologiques, l'auteur ne veut-il pas poser des conclusions affirmatives; il se contente de faire remarquer que la plus grande durée du phénomène tendineux du pied (tendon d'Achille) peut s'expliquer par l'augmentation de la résistance périphérique pour la transmission de l'excitation, sans qu'il soit besoin de faire intervenir la théorie de la nature réflexe du phénomène.

L'intoxication par l'iodoforme d'après les faits connus jusqu'à présent; par le Dr Hadlich, à Panckow (août 1882).

L'auteur a cherché à faire la symptomatologie de l'intoxication par l'iodoforme, en étudiant les observations publiées jusqu'à présent. Il s'est placé surtout au point de vue de la pathologie mentale. Les sujets observés étant principalement des opérés ou des malades atteints d'une affection grave, il a été souvent difficile d'isoler les symptômes de l'intoxication de ceux de l'affection générale. Il paraît établi néanmoins qu'on ne saurait dire à quelle dose l'iodoforme est toxique. Tantôt un gramme produit des effets toxiques, tantôt 400 et 200 grammes peuvent être employés sans inconvénient.

Rien de fixe pour la température; elle est restée normale dans certains cas mortels, d'autres fois elle a atteint 40°.

L'urine renferme souvent de l'iode; la présence de l'albumine n'est pas constante.

On observe souvent un exanthème papuleux.

Le pouls devient petit, dépressible, fréquent (140-180); quelquefois les pulsations ne peuvent plus être comptées.

Dans un certain nombre d'observations, on signale la contraction pupillaire, dans d'autres la dilatation.

L'intoxication serait plus fréquente et plus grave chez les personnes d'un certain âge.

Les premiers symptômes d'intoxication paraissent un, deux, trois et même jusqu'à neuf jours après l'emploi du médicament.

Quant aux symptômes psychiques, ils consistent généralement en un délire avec anxiété. Dans les cas légers il n'y a qu'un peu d'égarement avec tendance aux larmes et mélancolie; dans les cas plus graves le délire est général, et la dépression va jusqu'à la stupeur. A cet état se joignent des hallucinations,

sous l'influence desquelles les malades veulent se jeter par la fenêtre et deviennent agressifs.

Parfois des journées de calme alternent avec des nuits d'agitation. L'accès dure quelques heures ou quelques jours, et quand il est terminé, le malade ne se souvient pas de ce qui s'est passé. Le langage est souvent troublé, les malades répètent sans cesse la même phrase.

Dans des cas moins aigus les troubles intellectuels sont moins forts ; mais si les symptômes d'intoxication sont dès le début très accentués, il se présente une agitation peu intense et passagère, suivie bientôt d'une dépression profonde, avec diminution des forces et coma aboutissant à la mort. Tel serait l'ensemble symptomatologique de l'intoxication par l'iodoforme. L'auteur ajoute qu'il y a une catégorie de faits où des accidents convulsifs succèdent au délire initial. Cette forme serait plus fréquente chez les enfants ; et la marche de la maladie ne serait pas la même que chez l'adulte, elle rappellerait celle de la méningite par la somnolence, la céphalalgie, les cris, et les vomissements.

Quant à savoir si les accidents incombent à l'iode ou à l'iodoforme, les avis des auteurs sont fort divergents. L'auteur, sans se prononcer pour l'une ou l'autre opinion, rappelle que le tableau symptomatique de l'iodisme donné par Bernatzick et Rilliet, dans *Eulenburg's Realencyclopædie*, tome VII, page 236, explique bien des points de l'intoxication par l'iodoforme.

Un cas de tumeur du cerveau avec surdité centrale unilatérale ;
par le Dr Strumpell, de Leipzig (août 1882).

L'auteur rapporte une observation de tumeur cérébrale avec surdité unilatérale qu'il juge intéressante au point de vue de la localisation des perceptions auditives dans l'écorce cérébrale.

L'observation peut se résumer ainsi :

Femme de trente-trois ans, présentant en mars 1878 de la céphalalgie, des vomissements, de la parésie de la jambe gauche et de la faiblesse de la vue. Les fonctions de l'ouïe, de l'odorat et du goût sont intactes. La pupille du nerf optique est atrophiée des deux côtés.

Décembre 1879. Cécité complète, hémiparésie de tout le côté gauche, ouïe normale.

Janvier 1874. Affaiblissement de l'ouïe à gauche, bourdonnements d'oreille ; la surdité devient complète à gauche, à droite la fonction auditive reste intacte.

Février 1879. La malade ne se rend plus compte de la direction des sons; on l'appelle au côté gauche du lit, elle tend la main de l'autre côté.

Mars. Augmentation de la paralysie à gauche, douleurs des membres paralysés. Mort.

L'autopsie révèle l'existence d'une tumeur (gliome), dans la région pariétale droite. Cette tumeur, grosse comme une pomme de dimensions moyennes, envahit surtout la circonvolution pariétale ascendante. Autour de la tumeur il existe un foyer à l'état de ramollissement blanc, s'étendant jusqu'à la scissure de Rolando en avant, et jusqu'aux ganglions cérébraux en bas.

L'auteur pose les conclusions suivantes :

1° La cécité est indépendante de la tumeur et doit être attribuée à l'atrophie papillaire.

2° Le siège de la tumeur explique assez la paralysie du côté gauche.

3° La surdité de l'oreille gauche, vu l'absence d'autre cause, doit être attribuée à la lésion du lobe pariétal et c'est sur cette région que doit se porter l'attention, dans la recherche du point où il faut localiser la faculté de percevoir des sensations auditives.

4° La faculté de discerner la direction des sons est subordonnée à l'audition biauriculaire, et au travail inconscient qui consiste à comparer les degrés d'intensité avec lesquels les bruits extérieurs frappent chaque oreille.

De la myélite subaiguë, circonscrite dans la région cervicale antérieure, chez les adultes; par le Dr Eisenlohr, de Hambourg (sept. 1882).

L'auteur rapporte une observation qu'il juge intéressante au point de vue de l'anatomie pathologique de la paralysie atrophique subaiguë chez l'adulte. Il s'agit d'une femme de cinquante deux ans, entrée à l'hôpital pour une cirrhose du foie. Cinq ans avant son admission, cette malade avait fait une chute et, s'était cassé plusieurs côtes. Quatre mois après cet accident, se manifesta une certaine faiblesse du bras droit. Cet état ne s'accompagnait pas de douleurs; de temps en temps il existait un certain degré de contracture des doigts. En même temps le bras maigrissait. Il y eut alors un état de parésie du membre, qui resta à peu près stationnaire, et n'arriva pas à une paralysie complète.

Au moment de l'admission on constata l'atrophie des muscles

de l'épaule, du bras et de l'avant-bras. Le triceps, les extenseurs, les muscles de l'éminence thénar et les interosseux paraissaient surtout avoir subi l'influence atrophique. La main et les doigts sont dans la flexion; les mouvements d'abduction et d'adduction du bras sont très limités. La flexion de l'avant-bras se fait bien, tandis que l'extension ne peut se faire que grâce au relâchement complet des fléchisseurs. Pas de contracture, les mouvements passifs sont possibles; de temps en temps, on observe des mouvements fibrillaires de certains muscles.

Le réflexe du tendon du triceps fait défaut à droite. Sensibilité pour le toucher et pour la température normale. Le grand pectoral, le grand dentelé antérieur et le triceps ne réagissent pas sous l'excitation faradique; tandis que la réaction est très nette pour le deltoïde, le biceps, le long supinateur, le rond pronateur, le fléchisseur des doigts, les interosseux. Pas de trouble dans le domaine des nerfs crâniens, pas de paralysie des membres inférieurs, la vessie et l'intestin fonctionnent normalement. La malade succombe dans le marasme deux mois après son admission.

Il s'agissait, dit l'auteur, d'un 'paralysie atrophique à marche subaiguë, remontant à cinq ans. Le mal avait frappé spécialement les muscles innervés par le nerf radial, quoique tous les autres muscles du membre supérieur droit aient été atteints de parésie et d'amaigrissement. La cause anatomique de l'affection ne saurait être, d'après l'auteur, qu'une polyomyélite ou inflammation subaiguë de la substance grise antérieure de la moelle au niveau du renflement cervical; la marche de la paralysie et de l'atrophie, et surtout l'absence de phénomènes douloureux à un moment quelconque, militent en faveur de cette opinion. Il ne saurait être question de névrite, les affections de ce genre étant toujours douloureuses quand elles atteignent des nerfs mixtes (sauf dans certains cas d'intoxication). On doit rejeter également l'idée d'atrophie musculaire progressive d'origine centrale ou myopathique, vu que pour plusieurs muscles le degré de la paralysie n'était pas en rapport avec celui de l'atrophie.

L'autopsie révéla les lésions suivantes :

Atrophie des muscles du membre supérieur droit et de l'épaule droite.

Atrophie des fibres nerveuses des racines antérieures de la huitième paire du côté droit. Même lésion, mais moins accentuée, pour la sixième paire. A gauche, pas d'anomalie.

Entre la sixième paire cervicale et la première dorsale à droite, altération de la substance grise consistant dans la disparition des grandes cellules ganglionnaires dans la corne antérieure.

La substance blanche est inaltérée des deux côtés, seulement, à droite, les fibres nerveuses émanant des cornes antérieures pour traverser la substance blanche sont atrophiées.

Au-dessus de la sixième paire cervicale, ainsi qu'à la région dorsale et lombaire, la substance blanche et la substance grise présentent l'aspect normal.

En résumé : altération de la corde antérieure de la moelle, localisée à un espace comprenant à peine la hauteur de trois racines nerveuses, avec diminution des éléments nerveux présentant le caractère histologique d'un processus chronique, ou bien aigu, et alors d'ancienne date, car les résidus d'une polyomyélite aiguë et ceux d'un processus destructif chronique ne diffèrent guère, et les foyers d'une paralysie infantile de vieille date ressemblent à ceux de l'atrophie musculaire progressive.

L'observation clinique ayant permis à l'auteur d'exclure l'hypothèse d'une névrite avec propagation centripète de la lésion, il affirme s'être trouvé en face d'une polyomyélite subacuta vraie. Au point de vue de la localisation des centres d'innervation et de la nutrition, l'auteur fait remarquer que, dans le cas actuel, l'intégrité des fléchisseurs s'accorde fort bien avec l'hypothèse de Remak, qui place les centres des fléchisseurs du bras dans les couches les plus élevées du renflement cervical de la moelle. D'autre part, la paralysie et l'atrophie du triceps s'accordent avec la découverte de Ferrier et d'Yeo, qui placent le centre de ce muscle entre la sixième et la huitième paire cervicale. L'auteur croit, d'après le cas observé, pouvoir rapporter le centre des extenseurs de la main et des doigts au même niveau. Pour les autres muscles il n'ose conclure, faute de données suffisantes. D'une façon générale il se croit autorisé à poser en principe que la grande majorité des muscles du membre supérieur reçoit ses influences nerveuses et nutritives de la partie la plus déclive du renflement cervical.

Lésions constatées dans un cas de paralysie infantile datant de trois ans; par le prof. Fridr. Schulze, à Heidelberg (octobre 1882).

L'auteur a fait l'autopsie d'un enfant mort trois ans après le début d'une paralysie infantile intéressant les membres infé-

rieurs. Il a constaté, outre les altérations des cornes grises antérieures (disparition plus ou moins complète des cellules ganglionnaires de la moelle lombaire), la sclérose des cordons antérieurs et latéraux au même niveau, et un épaissement des parois vasculaires avec dépôts de matière colorante du sang. Toutes ces lésions n'intéressaient que la moitié antérieure de la moelle.

L'auteur estime que l'opinion de Charcot, qui croit que le substratum anatomique de la paralysie infantile, est une atrophie primaire aiguë des cellules ganglionnaires des cornes grises antérieures, est une opinion erronée. Il prétend que des autopsies de cas récents ou datant de peu d'années démontreraient la vérité de son assertion, tandis que les autopsies, bien plus fréquentes, de cas anciens, ne permettent pas de se prononcer sur le processus initial de l'affection. La polyomyélite aiguë (c'est le nom par lequel il désigne l'inflammation de la substance grise de la moelle), dit-il, n'est qu'une forme spéciale de la myélite en général, forme qui se distingue des autres en ce que les phénomènes inflammatoires sont plus intenses dans les parties antérieures et moyennes de la substance grise et laissent en cet endroit des traces plus nettes.

Idées imaginaires et délire; par le Dr Siemens, à Marburg
(octobre 1882).

En France, dit l'auteur, le mot délire désigne indifféremment les idées délirantes des aliénés et le délire essentiel, tel qu'on l'observe dans les affections fébriles, les empoisonnements et autres états maladifs. Les pathologistes allemands ont tort, dit-il, de faire le même emploi abusif du mot *delirium*, en s'en servant pour désigner toutes sortes de divagations, quelle qu'en soit la cause. Il voudrait que l'on réservât le terme *delirium* pour désigner les divagations en paroles ou en actions, avec perte de connaissance, et que l'on appelât *Wahnideen* (Wahn, illusion), c'est-à-dire idées imaginaires, les idées ou associations d'idées produites par un état pathologique, avec cette condition spéciale, de fausser le jugement et d'exercer une influence maladive sur la manière de sentir et d'agir de l'individu. Dans cette seconde catégorie se rangeraient presque toutes les conceptions maladives des aliénés. Il estime qu'en agissant ainsi, on éviterait des confusions fâcheuses.

Contribution à la pathologie et à la thérapeutique du tabes dorsalis; par le Dr Rumpf. — Novembre 1882.

D'après l'auteur, la syphilis est une cause fréquente de tabes. Il l'a trouvée 60 fois p. 400 comme agent étiologique de cette affection. Fournier donne la proportion de 80 p. 400 : l'auteur croit qu'elle est peut-être exagérée. Il a remarqué que c'est le plus souvent à la suite d'une syphilis à accidents peu graves, et par conséquent négligemment traitée, que survient le tabes : circonstance qui impose la nécessité de traiter énergiquement même la syphilis la plus bénigne en apparence.

Le tabes une fois confirmé, l'auteur conseille de le traiter par le pinceau faradique. Ce traitement lui a donné chez quatre malades indemnes de tout accident syphilitique, trois guérisons ou améliorations très manifestes. Il sait bien, dit-il, que des améliorations et des rémissions s'observent dans le cours de n'importe quel traitement, mais il fait remarquer, que le fait par lui observé de la disparition de symptômes objectifs, tels que l'ataxie, le myosis, l'immobilité pupillaire, n'est pas très fréquent, et doit être regardé comme un des faits du traitement.

Dans les cas de tabes d'origine syphilitique, l'auteur pose en principe l'association du mercure et du pinceau faradique. C'est le traitement qui lui a donné les plus beaux résultats, tandis que le traitement antisiphilitique seul est d'une action insuffisante. Il estime que les cas où le traitement antispécifique employé seul, a donné des résultats heureux, ne doivent pas être rangés dans les cas de tabes typique.

En terminant l'auteur attire l'attention sur trois modes d'action du pinceau faradique qui semblent expliquer ses effets thérapeutiques; ce sont;

1^o Une action calmante sur l'élément douleur; action qu'on peut constater par l'électrisation cutanée.

2^o Une action modificatrice de la sensibilité dans le sens d'une augmentation; action que l'auteur a constatée et mesurée avec l'anesthésiomètre;

3^o Une action sur les manifestations réflexes, action dont l'auteur voit des exemples, d'une part dans la dilatation pupillaire dans les conditions normales, d'autre part dans la disparition du myosis et de l'immobilité pupillaire dans les conditions pathologiques.

Un cas de paralysie progressive; par le Pro. O. Berger.
Novembre 1882.

Neumann en 1859 a nié l'existence de la paralysie générale chez la femme. Aujourd'hui il est inutile de réfuter cette erreur. La paralysie générale existe chez les deux sexes; mais elle est plus rare chez la femme et présente chez elle une marche qui diffère assez de ce qu'on pourrait appeler la forme classique, forme dont Neumann a du reste donné une description très exacte. Chez la femme, dit l'auteur, le stade maniaque de la paralysie générale est moins accentué, le délire des grandeurs manque souvent ou tout au moins est peu marqué, et, c'est le criterium psychique de l'affection, l'affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, qui domine la situation. Il rapporte une observation qui, à ce point de vue, présente des détails intéressants.

Une couturière âgée de 28 ans, sans antécédents héréditaires, est prise subitement dans le courant de l'été de 1875, d'une paralysie de la main droite avec refroidissement et pâleur du membre paralysé. Cet état dure 4 heures seulement, mais se reproduit le lendemain plusieurs fois dans la journée avec une durée moyenne de 15 minutes.

Les jours suivants, mêmes attaques compliquées d'embarras de la parole allant quelquefois jusqu'à l'aphasie complète. Au bout d'un certain temps, ces accidents se produisent seulement de huit en quinze jours, offrant une durée de 10 à 20 minutes.

L'intelligence n'a pas été troublée. Au mois de décembre il y a une série d'attaques, à la suite desquelles il reste de la faiblesse du bras droit; depuis quelque temps la paralysie s'était étendue de la main à tout le membre. On constate également de l'affaiblissement intellectuel, de la perte de la mémoire et de l'incertitude de la marche, mais pas d'idées délirantes, ni d'agitation. Cet état est dès lors devenu persistant; en 1877, les attaques paroxystiques de paralysie s'accompagnent de mouvements convulsifs de la face; et, en 1879, moment de l'admission dans l'asile, la malade présente tous les symptômes de la démence paralytique. Elle répond à peine aux questions qu'on lui pose, sourit sans cesse, ne sait compter au delà de dix, reste sur une chaise en balançant sans cesse son corps. La parole est embarrassée, la marche incertaine, le bras droit à peu près complètement paralysé.

En 1880, ces symptômes somatiques augmentent à diverses

reprises et sont accompagnés d'une certaine agitation. Il survient des complications pulmonaires, des escarres, la malade devient gâteuse et meurt enfin en février 1884.

A l'autopsie, on constate l'épaississement de la pie-mère, des taches laiteuses et des adhérences nombreuses. Le cerveau, diminué de volume, ne remplit plus la dure-mère qui est flasque et forme autour de lui comme une enveloppe lâche et plissée. Le cerveau ne pèse que 850 grammes.

Moelle intacte.

L'auteur estime qu'on n'a, à aucune période de l'affection, pu porter un diagnostic autre que celui de paralysie générale à forme démentielle, et il fait à propos de l'évolution des symptômes les réflexions suivantes :

Les attaques initiales de paralysie de la main, accompagnées de refroidissement et de pâleur du membre, prouvent qu'il s'agissait là d'un spasme vasculaire ; et, du jour où ces accidents ont été compliqués de troubles du langage, leur origine cérébrale à localisation dans l'hémisphère gauche a été évidente.

Ces attaques de paralysie, accompagnées plus tard de contractions des muscles de la face, doivent être comparées aux attaques des paralytiques, attaques qui, selon Calmeil et Voisin, peuvent revêtir une forme tétanique et se produire sans qu'il y ait perte de connaissance.

Les phénomènes observés viennent à l'appui de la théorie qui attribue les attaques des paralytiques à un spasme vaso-moteur, et, dans le cas présent, on peut attribuer les angio-spasmes paroxysmiques à une irritation des centres vaso-moteurs signalés dans l'écorce cérébrale par Eulenburg et Landois.

L'atrophie cérébrale (850 grammes) est la plus forte observée jusqu'alors dans la paralysie générale, ce qui s'explique par la longue durée de l'affection (6 ans). Des troubles graves et durables de la motilité peuvent se produire sous l'influence d'une lésion corticale du cerveau, la moelle n'ayant subi aucune altération.

La combinaison d'accidents de paralysie et d'excitation, combinaison observée chez la malade en question, avec cette particularité que les accidents frappaient surtout un seul membre, est un symptôme spécial à la paralysie d'origine corticale.

*Notice sur l'étiologie du zona; par le Prof. Erb.
Décembre 1882.*

L'auteur estime que l'anatomie pathologique a suffisamment établi la corrélation qui existe entre des lésions de certaines parties déterminées du système nerveux (ganglions spinaux, ganglion de Gasser et peut-être nerfs périphériques) et l'herpès zoster.

Si la cause première de ces lésions du système nerveux peut être attribuée dans bien des cas à des affections préexistantes, telles que la carie ou le cancer de la colonne vertébrale, la phthisie pulmonaire, la pleurésie, etc., il est d'autres cas où la cause première de la lésion du système nerveux nous échappe. L'auteur croit qu'il faut la chercher dans la nature infectieuse, spécifique, de l'affection désignée sous le nom de herpès zoster. Les faits qui selon lui militent en faveur de cette hypothèse sont les suivants:

1° L'herpès zoster a souvent un caractère épidémique et coïncide avec des épidémies d'urticaire, d'érythèmes.

2° Comme pour les maladies infectieuses en général, il y a immunité après une première attaque d'herpès zoster.

Les quelques cas de récurrence observés, dit l'auteur, ne détruisent en rien l'hypothèse de la spécificité. Des exceptions analogues s'observent pour la variole, le typhus et pour d'autres maladies infectieuses.

Il termine en rapportant deux, ou plutôt quatre observations de zoster, qui présentent cette particularité, que l'affection avait dans les deux cas atteint presque simultanément la mère et la fille: circonstance qui lui paraît significative au point de vue de la nature infectieuse de la maladie. Chez ces malades, l'auteur a pu constater la vérité d'une opinion déjà formulée, à savoir, que les névralgies concomitantes de l'herpès zoster sont à la fois plus intenses et plus durables, chez les personnes avancées en âge.

Tumeurs tuberculeuses dans le pont de Varole et dans les choroïdes des deux yeux; par le prof. Hirschberg de Berlin. — Décembre 1882.

Chez un enfant de trois ans, l'auteur a diagnostiqué et ophtalmoscopiquement constaté l'existence de néoformations dans les deux choroïdes. L'âge du malade et d'autres circonstances encore ont permis de conclure à la nature tuberculeuse

de ces tumeurs, dont le diamètre dépassait un millimètre. De plus, ce fait que semblent établir les recherches anatomo-pathologiques de Wernicke, à savoir qu'il existe dans la région inférieure du pont de Varole un centre des mouvements latéraux des globes oculaires, centre qui serait bilatéral, c'est-à-dire que celui de gauche réglerait les mouvements des deux yeux vers la gauche, et le centre droit les mouvements latéraux des deux yeux vers la droite, ce fait, disons-nous, a permis à l'auteur de diagnostiquer en outre la présence d'une tumeur tuberculeuse dans la moitié gauche du pont de Varole. En effet, il existait un trouble moteur du globe oculaire, dû à la parésie, d'une part du muscle droit externe du côté gauche, et d'autre part du muscle droit interne du côté droit, trouble qui, comme on voit, avait pour conséquence de rendre difficile ou impossible le mouvement latéral des deux globes oculaires vers la gauche, et doit, d'après la théorie de Wernicke, être le résultat d'une lésion dans la partie inférieure de la moitié gauche de la protubérance. Le petit malade est mort, mais il n'a pas été donné à l'auteur de faire l'autopsie.

Il est à remarquer néanmoins que, dans les derniers temps de son existence, l'enfant présentait de la claudication et une parésie de la jambe droite; circonstance qui concorde avec l'hypothèse d'une lésion dans la moitié gauche de la protubérance.

Dr A. ADAM.

BIBLIOGRAPHIE

Les Hystériques. Etat physique et état mental; par le Dr Legrand du Saulle, 4 vol. in-8°. Paris, 1883. J.-B. Baillière, éditeur.

Tous les livres, et ils sont nombreux, dont notre éminent confrère a enrichi la littérature médicale, lui ont été inspirés par le désir de résoudre les problèmes de médecine légale qui surgissent chaque jour à propos des maladies mentales. Nul, plus que lui, n'était apte à mener à bonne fin cette entreprise, puisque, à la science médicale, il joint une connaissance approfondie du droit. Le nouvel ouvrage qu'il présente au public a, lui aussi, été écrit sous l'empire de cette préoccupation; elle se traduit dès les premières pages. Aussi n'est-ce pas à proprement parler un traité didactique de l'hystérie; et ce que l'auteur dit de l'histoire clinique, psychologique de l'hystérie, n'est là que pour servir de base et de point de départ aux considérations médico-légales. Par moments le ton s'élève jusqu'au plaidoyer, comme s'il s'agissait de réhabiliter de malheureuses femmes méconnues jusqu'à ce jour, et victimes, encore actuellement, d'erreurs et de préjugés d'un autre âge.

Qu'est-ce que l'hystérie? Celui qui arriverait à donner de cette redoutable névrose une définition nette et précise aurait bien mérité de la science. Mais la chose est-elle possible?

Si, comme Andral en a fait la remarque, l'hystérie embrasse, à peu de chose près, l'ensemble des affections nerveuses, — il s'ensuit qu'il faut comprendre sous cette rubrique l'innombrable variété de ces états indéterminés et indéterminables, qui, depuis le simple *état nerveux*, vont, par d'innombrables gradations, jusqu'à l'hystérie avec attaques convulsives et délire. Dans ce cas, le nombre des hystériques est presque illimité, et il doit dépasser de beaucoup les 50,000 que M. Legrand du Saulle dit exister à Paris, sans indiquer, il est vrai, sur quelle base il établit cette statistique. Dans ce cas aussi, comment appliquer à des groupements de symptômes qui affectent toutes les bizarreries du kaléidoscope, une règle uniforme? C'est pourtant là une question qui se pose dès qu'il s'agit d'établir le degré de responsa-

bilité des hystériques, ce qui, si je ne m'abuse, est bien l'objectif principal de M. Legrand du Saulle. Déjà, en 1868, il publiait une étude médico-légale sur l'hystérie, et il se demandait : « L'hystérie a-t-elle droit aux bénéfices de l'art. 64 du code pénal ? » — Il répond aujourd'hui : « le doute s'est fait jour, et le problème de la responsabilité des hystériques a été sérieusement soulevé depuis en maintes circonstances. »

L'auteur penche certainement pour l'irresponsabilité des hystériques, ou du moins pour une responsabilité mitigée, suivant les cas ; et assurément, sur cette question, nul ne saurait avoir une expérience plus étendue que lui ; car, comme il le dit dans son avant-propos : « un concours de circonstances » absolument rares l'a depuis longtemps mis personnellement « en rapport avec un nombre immense d'hystériques. » Il me vient cependant un scrupule, que je veux soumettre à M. Legrand du Saulle : les hystériques, qu'il voit à la préfecture de police, celles que les tribunaux lui donnent à examiner, ne sont-elles pas toutes, ou du moins en grande majorité, des hystériques *aliénées*, irresponsables parce que *folles* et non parce que hystériques ? Que, dans ce cas, elles bénéficient d'une irresponsabilité totale ou partielle, rien de mieux. Mais faut-il donc déclarer irresponsables toutes ces femmes nerveuses qui, avec ou sans attaques, continuent à vivre dans leurs familles, dont elles font le désespoir par leurs caprices, leurs extravagances, leurs men songes, leur méchanceté ?

Pour ma part, je l'avoue, j'aurais plutôt de la tendance à étendre le champ de la responsabilité. Ne savons-nous pas avec quel art les hystériques excellent à simuler ? Et y a-t-il un meilleur moyen pour combattre cette tendance à la simulation, qu'une parole ferme, qu'un châtiment sévère ? M. Legrand du Saulle en cite lui-même des exemples topiques (Obs. II, IV, etc.) Il serait donc, ce me semble, dangereux de généraliser, et il ne faut pas perdre de vue ces sages paroles de l'auteur : « Ici, dit-il, tout est clinique et question d'espèce. Un problème médico-légal n'est que la résultante obligée d'une appréciation clinique. »

S'il est malaisé de définir l'hystérie, que faut-il penser des théories qui en ont voulu expliquer la nature intime ? Elles se résument en définitive dans les deux suivantes : ou l'on suppose que la maladie naît de la continence, soit que les besoins des organes génitaux n'aient pas reçu satisfaction, soit que l'activité vitale de ces organes ait été anormalement surexcitée.

— Ou bien au contraire on la considère comme une simple névrose de l'encéphale, tout à fait indépendante de l'appareil génital.

La première de ces théories représente la doctrine antique, celle d'Hippocrate, de Galien, celle du divin Platon ; elle a traversé les âges, et aujourd'hui même elle compte des partisans, non seulement parmi le vulgaire, mais encore parmi les médecins. M. Legrand du Saulle la combat avec véhémence : « Elle » est dangereuse, dit-il, parce qu'elle a maintes fois servi de » thème à des plaidoiries déclamatoires dans divers débats » civils ou criminels ; » et en ceci personne ne s'avisera de le contredire. Mais il dit aussi : « Elle est regrettable, parce » qu'elle tend à dégrader l'hystérique, en lui prêtant des » appétits lubriques que souvent elle n'a pas. » Ici il me semble que la mesure est dépassée. Car, supposons pour un instant que l'hystérie soit réellement cette *fièvre utérine* imaginée par les anciens ; supposons que l'hystérique soit *Vénus tout entière à sa proie attachée*. — En quoi, je le demande, les malades seraient-elles moins intéressantes, devraient-elles exciter moins de pitié, moins de sympathie, que du moment où il est établi que c'est leur système nerveux qui est atteint ? M. Legrand du Saulle qui a une si grande expérience des malades, et qui en a tant vu, a-t-il donc vraiment plus de commisération pour l'hystérique qui ment, qui vole, qui trompe, « qui sème d'amertume et de douleur la vie de ses proches, » — que pour la nymphomane en proie à toutes les fureurs de l'érotisme ? Malade pour malade, il soignerait les deux avec le même dévouement, car c'est le privilège du médecin de soulager la maladie sans s'inquiéter d'où elle provient ; et, comme l'a dit quelque part M. Legrand du Saulle lui-même, « ce que le médecin doit servir c'est l'humanité aux prises avec la souffrance. »

L'histoire de l'hystérie a fait dans ces dernières années de grands progrès, grâce aux remarquables travaux de l'Ecole de la Salpêtrière. Ces travaux n'auraient-ils que le mérite d'avoir démontré la nature hystérique d'une foule de phénomènes nerveux auxquels jadis on accordait volontiers une origine surnaturelle, qu'on s'expliquerait la place que M. Legrand du Saulle leur donne dans son livre.

Aussi bien notre savant confrère a-t-il tenu compte de toutes les découvertes qui sont venues progressivement étendre le champ déjà si vaste de l'hystérie.

Après avoir étudié dans un premier chapitre les causes de l'hystérie, qu'il divise en prédisposantes et déterminantes, les causes prédisposantes étant de beaucoup les plus importantes, M. Legrand du Saulle en consacre un second aux manifestations somatiques de l'hystérie, troubles variés de la sensibilité, de la motilité, spasmes, attaques, etc.

Un chapitre spécial traite de l'hypnotisme chez les hystériques: l'état léthargique, l'état somnambulique, l'état cataleptique, y sont successivement décrits, ainsi que les phénomènes si curieux de la suggestion et des hallucinations provoquées. Que de faits curieux y sont relatés dans ce style imagé dont M. Legrand du Saulle a le secret! Mais que j'aurais été heureux de le voir ponctuant tous ces faits de quelques points d'interrogation! En relisant ces observations, le « Que sais-je? » me venait irrésistiblement aux lèvres.

Dans un quatrième chapitre sont étudiées les manifestations intellectuelles de l'hystérie, que l'auteur divise en quatre degrés, s'élevant graduellement de l'hystérie légère, dans laquelle les facultés affectives ne sont qu'un peu diminuées, jusqu'au trouble profond de l'intelligence, jusqu'à la folie hystérique qui a son chapitre spécial.

Mais cette étude pathologique n'est là que comme introduction à la clinique médico-légale de l'hystérie, qui forme la partie principale du livre, celle que M. Legrand du Saulle a traitée avec une vraie prédilection. Quelqu'un écrivait dernièrement que ce livre pouvait être considéré comme le *code des hystériques*. Je n'y contredis pas, mais j'aurais voulu que les circonstances atténuantes y tinssent une moindre place.

Je ne m'étendrai pas plus longuement sur les mérites d'un ouvrage qui a sa place marquée dans la bibliothèque de tous ceux qu'intéressent les études médico-psychologiques et les problèmes de la médecine légale. C'est un répertoire de faits curieux, de documents intéressants. Comment, dans sa vie professionnelle si remplie, M. Legrand du Saulle trouve-t-il le loisir d'écrire tant d'ouvrages de longue haleine? Il y a là une somme de travail que je ne puis me lasser d'admirer, et une activité d'esprit qui, je l'espère, n'est pas près de s'arrêter, et qui nous promet pour l'avenir quelque nouveau livre aussi important que celui auquel je souhaite ici la bienvenue.

J. CHRISTIAN.

De la démence mélancolique. — Contribution à l'étude de la périencéphalite chronique localisée et à l'étude des localisations cérébrales d'ordre psychique; par le Dr A. Mairét, professeur agrégé à la faculté de médecine de Montpellier, médecin adjoint de l'asile public d'aliénés de l'Hérault. — Paris. G. Masson, éditeur, 1893.

M. le Dr Mairét croit pouvoir établir la réalité d'une espèce morbide non encore étudiée et à laquelle il donne le nom de *démence mélancolique*. Dans l'ouvrage qu'il publie aujourd'hui, il s'efforce de prouver que la démence mélancolique a des lésions spéciales et caractéristiques et une symptomatologie propre et dérivée des lésions mêmes. Ce serait donc une véritable entité, ayant droit à une place à part dans le cadre nosologique.

Pour soutenir sa thèse, M. Mairét déploie un véritable talent. Il s'appuie sur l'anatomie pathologique, sur la clinique, sur des recherches bibliologiques, il a même recours à l'expérimentation sur les animaux. Est-ce à dire pour cela que son argumentation soit sans réplique? Nous ne le pensons pas, nous avouons même que nous ne sommes pas convaincu, quant à présent, de l'indépendance réelle de la démence mélancolique.

Mais avant toute critique, résumons d'abord la description, que donne l'auteur, de la maladie nouvelle :

Après une période prodromique plus ou moins longue, caractérisée par de la tristesse, de l'impressionnabilité, le délire éclate brusquement ou au moins très rapidement. Ce délire a toujours la forme mélancolique, et il ne se distingue ordinairement pas, au début, de la mélancolie de la folie simple. Il est caractérisé soit par de la lypémanie pure, de l'anxiété, des perversions sensorielles, soit par de véritables idées de persécution. Souvent les deux éléments, lypémanie et délire de persécution, se combinent ensemble. Il peut aussi arriver qu'un état maniaque plus ou moins intense masque, pour un temps, la mélancolie. Dans tous les cas, la tendance au suicide est fréquente. Tels sont les signes du début; il faut y ajouter un état fébrile et congestif qui passe souvent inaperçu et parfois, mais rarement, de la démence et des signes somatiques qui prouvent déjà qu'on n'a pas affaire à une simple vésanie.

Mais si les deux nouveaux facteurs, démence et signes somatiques, ne sont pas essentiellement liés au délire du début, ils ne manquent jamais quand la maladie est arrivée à sa pé-

riode d'état. Ils font partie intégrante de la démence mélancolique qui comporte, par conséquent, trois éléments indispensables : 1^o le délire mélancolique, 2^o la démence, 3^o les signes somatiques. Ces derniers, les signes somatiques, sont : une teinte jaune spéciale du visage, une physionomie hébétée caractéristique, le relâchement des muscles de la face, des yeux atones avec la paupière inférieure plissée, une stase sanguine au niveau des pommettes et des ailes du nez, souvent des paralysies localisées, une certaine déviation des muscles de la face, parfois de l'inégalité des pupilles, un léger tremblement de la parole. Enfin l'odorat est émoussé et la vue est quelquefois compromise.

Voici maintenant les lésions *constantes* de l'affection : Ramollissement par suite d'inflammation (parfois, par suite de *dégénérescence*?) de la substance grise des circonvolutions de la base du cerveau, surtout des régions antérieure et moyenne de cette base. C'est au niveau de la partie antérieure des lobes sphénoïdaux et des lèvres de la scissure de Sylvius que l'altération est la plus complète et qu'elle est surtout marquée au début de la maladie. Les méninges, qui recouvrent les parties précitées, participent elles aussi au travail phlegmasique. On trouve bien encore d'autres lésions vasculaires et encéphaliques, mais elles ne sont que consécutives. La véritable lésion de la démence mélancolique est donc, en résumé, une méningo-encéphalite chronique localisée aux régions inférieures du cerveau et spécialement aux circonvolutions sphénoïdales et temporales.

Ces lésions expliquent fort bien la démence, le délire et les symptômes somatiques. La démence survient par suite de l'atrophie et de la nécrobiose des cellules de la région. Le fonctionnement intellectuel étant le résultat de l'influence réciproque des cellules nerveuses, quand un certain nombre de celles-ci disparaît, le résultat de la cérébration est fatalement diminué et incomplet. Les symptômes somatiques sont provoqués par l'extension du processus morbide aux différents nerfs qui émergent de la base de l'encéphale et aussi à certains centres sensitifs corticaux. Quant au délire, son explication est plus délicate : Le travail inflammatoire, qui finit par détruire la cellule, commence d'abord par l'irriter. À ce premier degré du processus morbide, la cellule surexcitée exagère l'intensité de sa fonction propre, d'où le délire par exagération et déviation de la fonction de l'élément. Mais pourquoi le délire est-il de nature mélancolique? Parce que les cellules de la

base du cerveau, les seules qui soient nécessairement atteintes dans la démence mélancolique, sont les organes qui élaborent les sentiments tristes.

M. Mairét s'efforce d'établir cette localisation psychique d'abord par ses observations personnelles suivies des autopsies, puis par des autopsies de sujets atteints de mélancolie vésanique chronique, chez lesquels les parties inférieures et latérales du cerveau ont été trouvées anormalement développées, puis par les observations de Bayle qui, ne reconnaissant comme paralytiques généraux que ceux qui avaient du délire mégalomane, établissait que les lésions corticales ne siégeaient qu'à la face convexe des hémisphères cérébraux. Il fait aussi intervenir, à l'appui de sa théorie, des travaux récents, et c'est ainsi qu'il discute l'*hémiplegie gauche émotive* décrite dernièrement par M. le Dr Luys. On sait que cet auteur a été conduit à fixer le siège de l'émotivité dans la première circonvolution temporale droite. Ce n'est donc pas exactement le même siège que M. Mairét assigne à la mélancolie, mais il en est assez voisin. La mélancolie et l'émotivité (comme la comprend M. Luys dans les cas en question) ayant une réelle analogie, c'est encore une présomption en faveur de la localisation nouvelle. Enfin, comme preuve ultime, M. Mairét relate ses expériences sur des chiens auxquels il enflammait et désorganisait, au moyen d'agents chimiques, les régions latérales de la base du cerveau. Ces animaux affectaient une attitude triste et mélancolique que l'auteur regarde comme caractéristique.

Quelle est maintenant la marche de la maladie et comment finit-elle? La marche peut être régulièrement progressive ou bien présenter des rémissions plus ou moins complètes. A mesure que la maladie se prolonge, le délire diminue ordinairement d'intensité, il peut même disparaître tout à fait et on ne constate plus alors que la démence qui, elle, va toujours en progressant. La terminaison ordinaire de la démence mélancolique est la mort qui survient à la suite d'accidents congestifs épileptiformes, ou bien le malade s'éteint dans le marasme ou est emporté par une maladie intercurrente. Il peut se faire aussi que la lésion chronique de la base du cerveau devienne tout à coup suraiguë, et alors le malade succombe avec les symptômes connus de l'inflammation aiguë de la base du cerveau. On a aussi noté quelques rares cas de guérison. Enfin, on observe parfois une propagation de la lésion à tout le cerveau, et on a évidemment alors une paralysie générale avec ses

symptômes ordinaires. Mais ce n'est pas là une paralysie générale pure, cette dernière étant toujours diffuse dès le principe.

Tel est le résumé succinct de l'histoire de la démence mélancolique. Nous avons dit, au début de cette analyse, que M. Mairét défendait sa thèse avec un grand talent. Ce talent est surtout remarquable dans la discussion de la localisation des sentiments tristes. En la lisant, on se sent entraîné, tout d'abord, à partager la conviction de l'auteur; mais la froide réflexion vous fait bientôt apercevoir que bien des côtés de la question sont restés obscurs. Il y a deux choses à considérer dans l'œuvre de M. Mairét : d'une part, un type clinique nouveau; d'autre part, une théorie originale des localisations psychiques. Le type clinique nouveau, la démence mélancolique, se rapproche évidemment de la paralysie générale à forme dépressive telle qu'on l'observe souvent chez la femme. Mais enfin il s'en sépare suffisamment sur bien des points importants, pour que, de nouvelles observations aidant, il arrive à être admis par tous. Cela surtout si des autopsies minutieuses viennent démontrer que les régions, qui semblent saines à l'œil nu, le sont réellement à l'examen microscopique, si les parois vasculaires n'y sont pas le siège d'une prolifération nucléaire exagérée, si les myélocytes ne s'y rencontrent pas en quantité considérable, etc.

La théorie de la localisation d'ordre psychique de la mélancolie dans la région de la base du cerveau, par opposition à la localisation des sentiments expansifs dans l'écorce de la face convexe, est bien séduisante, mais elle provoque plusieurs objections. Tout d'abord, certains auteurs, et des plus compétents en la matière, ne voient, dans les lésions de la méningo-encéphalite chronique, que les conditions de la démence et non celles du délire. Mais admettons, si l'on veut, sans conteste, que le délire est bien la conséquence de la *lésion connue jusqu'à présent*, comment expliquer les cas où, dans la paralysie générale à forme mélancolique, la lésion n'envahit pas les régions de la base? et ceux où la paralysie est franchement et absolument expansive avec délire des grandeurs jusqu'à la fin, et où les lésions sont généralisées à tout le cerveau aussi bien à la base qu'à la partie convexe? Or, ces cas sont vulgaires. La paralysie générale à forme mélancolique est, contrairement à ce que pense M. Mairét, très fréquente, à Paris du moins. Personnellement, nous en voyons, chaque jour, de nombreux exemples et jamais nous n'avons observé la prédominance des

désorganisations de l'écorce de la base sur celles de l'écorce des surfaces convexes. Le seul facteur de la propagation de la lésion de la convexité à la base nous a toujours paru être la durée de la maladie.

Malgré les quelques objections que nous venons de faire, malgré d'autres encore qu'il serait trop long de développer, nous ne nions pas la justesse de la théorie de M. Mairet, nous ne la trouvons seulement pas suffisamment établie pour l'admettre de suite, mais nous espérons que de nouvelles observations viendront la confirmer plus tard. Ce serait d'un très mauvais esprit de rejeter, en principe, toutes les théories des localisations cérébrales d'ordre psychique; mais les admettre, sans les soumettre d'abord à une critique rigoureuse, ne serait pas conforme à la vraie méthode scientifique.

Nous terminerons là cette analyse, heureux si nous avons réussi à prouver que le livre de M. Mairet est un ouvrage important, d'une valeur réelle et dont la place est marquée dans la bibliothèque de tous les médecins aliénistes.

Dr L. CAMUSET.

Essai de psychologie sur le cerveau et sur le cœur; par M. A. Riche, de la congrégation des prêtres de Saint-Sulpice. — Paris, E. Plon et Cie, 1884.

Ce travail, remarquable par le style, ne nous semble pas avoir été destiné au monde médical. Il ne doit même pas s'adresser à ceux qui ont la moindre notion des sciences naturelles.

En effet, nous y trouvons d'abord le résumé d'une étude de Mgr l'évêque Freppel sur l'*anthropologie de Tertullien*. Cette étude est sans aucun doute excellente au point de vue théologique, mais à ce point de vue seulement. Nous y voyons, par exemple, que Tertullien avait une si haute idée de l'homme qu'il le plaçait au-dessus des anges. Il est vrai que, ni Mgr Freppel, ni notre auteur n'ont un aussi grand orgueil de caste et que, sur ce point, ils se séparent de Tertullien l'anthropologiste.

Après cette digression sur Tertullien, M. Riche passe à ce qu'il appelle la *Psychologie du cerveau*. Sous ce titre il résume en quelques pages l'anatomie du cerveau d'après M. Luys. Il admet que le cerveau est l'organe de la pensée. Mais nous ne trouvons ni physiologie, ni psychologie.

Puis vient le dernier chapitre intitulé : la *Psychologie du cœur*. La psychologie du cœur, expression peu vulgaire dont on n'a guère l'habitude, d'autant mieux que notre auteur nous dit que toutes les facultés psychiques siègent dans le cerveau. — Alors? — Enfin, tout ce chapitre n'est qu'un plaidoyer en faveur de cette vérité que le cœur est l'organe de la circulation et non pas le siège de l'amour; — que le siège de l'amour est dans le cerveau; — que si le cœur bat plus vite sous l'influence des excitations de l'amour, c'est uniquement par suite d'une sympathie organique.

Nous pensions que tout cela était connu depuis longtemps, que l'enseigner était enseigner une banalité. Il n'en est rien, puisque M. Riche a encouru des reproches amers pour avoir osé soutenir une thèse aussi audacieuse.

Et tout le livre est là.

Et c'est pourquoi, revenant à notre point de départ, tout en louant la forme littéraire tout à fait remarquable de cette étude, nous ne pouvons arriver à la considérer comme une œuvre de science.

D^r L. CAMUSET

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Réforme médicale sous le double rapport scientifique et pratique; essai d'élever la médecine au niveau des sciences physiques en déterminant la cause anatomique de chaque maladie et le moyen rationnel de la combattre; par le D^r A. Bartings. Paris, 1883, vol. in-8°, chez J.-B. Baillière; prix 2 fr.

— L'hiver à Cannes et au Cannet; par le D^r Buttura. Paris, 1883, 4 vol. in-8°.

— Asile d'aliénés de Bron; comptes rendus du service médical de la section des femmes pour les années 1880 et 1884; par le D^r Pierret, br. in-8°. Lyon, 1882.

— Contribution à l'étude du délire intermittent comme entité morbide; par le D^r E.-A. Durantet. Lyon, 1883; br. in-8°.

— Essai sur la lypémanie et le délire de persécution chez les tabétiques; par le D^r L.-A. Rougier. Lyon, 1884, br. in-8°.

— Recherches sur les troubles fonctionnels des nerfs vasomoteurs dans l'évolution du tabes sensitif; par le D^r C. Putnam. Paris, 1882; br. in-8°.

— De l'amblyopie croisée et de l'hémianopsie dans les lésions cérébrales; par le D^r J. Grasset. Montpellier, 1883; br. in-8°.

— Die Bewegung des Krankenstandes in den öffentlichen Irrenanstalten der Schweiz in den Jahren 1877-1881; par le D^r F. Fetscherin; br. in-4°. Bern, 1883.

VARIÉTÉS

INSPECTION GÉNÉRALE DES SERVICES ADMINISTRATIFS DU MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR.

L'organisation du service de l'inspection générale des services administratifs du Ministère de l'Intérieur a été modifiée par un décret du 34 mars 1883. Le corps des inspecteurs généraux est réparti en trois sections : celle des Archives, celle des Etablissements de Bienfaisance et celle des Prisons ; chacune de ces sections relève directement d'une des directions du Ministère. Le service des aliénés dépend de la section des Etablissements de Bienfaisance qui relève de M. le directeur de l'Administration départementale et communale ; la section se compose de MM. les inspecteurs généraux Claveau, de Flers, D^r Foville, Pella, Dauxon, de la Charrière, Granier, Maréchal-Lebrun et D^r Regnard.

M. le D^r LUNEA, précédemment inspecteur général des Etablissements de bienfaisance et du service des aliénés a été appelé à d'autres fonctions.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Arrêté du 6 mars*. MM. les D^{rs} BOUCHEREAU, médecin en chef de la division des femmes à l'asile Sainte-Anne et MAGNAN, médecin du bureau d'admission, sont promus à la 1^{re} classe de leur grade (8.000 fr.) pour prendre rang à partir du 1^{er} janvier 1883.

— *Arrêté du 5 avril* :

M. le D^r CHAUSSINAND, ancien interne de l'asile de Bassens, a été nommé médecin-adjoint de l'asile de Fains (Meuse) en remplacement de M. le D^r André, décédé ; M. Chausinand a été placé dans la 2^e classe de son grade (2.500 fr.).

M. le D^r BRIAND, ancien interne de l'asile Sainte-Anne, a été nommé médecin-adjoint du même établissement (poste créé) et placé dans la 2^e classe de son grade (2.500 fr.).

NÉCROLOGIE.

— *Mort du professeur Arthaud*. — Le docteur Arthaud, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine, est mort le 17 mars 1883, à l'âge de soixante-neuf ans, des suites de l'affection cardio-pulmonaire qui, depuis plus d'un an, avait altéré sa santé, sans affaiblir le sentiment du devoir. Ses ob-

sèques ont été célébrées au milieu d'un grand concours de savants et d'amis. Conformément à ses habitudes de modestie et d'abnégation, le professeur Arthaud avait voulu qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe, au grand regret de ses collègues de la Faculté et de la Société de médecine, qui eussent préféré qu'un des leurs mit en relief, dans cette triste solennité, le savoir, l'expérience, la courtoisie et l'élévation de caractère de cette nature d'élite.

M. Arthaud avait conquis dans le monde médico-psychologique une notoriété de bon aloi. Pendant quarante-deux ans, il a consacré ses forces, ses aptitudes et son dévouement à améliorer la condition physique et morale des aliénés. C'est à l'internat de l'Antiquaille, créé en 1830 et inauguré par lui, qu'il conçut un goût très vif pour la psychiatrie. Durant les trois ans de scolarité à l'école de Paris qui succédèrent aux deux années d'internat, il fréquenta assidûment les leçons déjà célèbres de Falret à la Salpêtrière qui montrait ainsi à ses successeurs le parti à tirer des richesses nosologiques de ce vaste établissement. Sa thèse soutenue à l'âge de vingt-deux ans, sur le siège et la nature des maladies mentales, est la résultante de sa double initiation à l'Antiquaille et à la Salpêtrière.

En 1842, lorsque le quartier des aliénés de l'Antiquaille fut soumis au régime de la loi du 30 juin 1838, en même temps que son maître Bottex était nommé médecin en chef, M. Arthaud, présenté par Falret, était institué médecin adjoint et directeur avec le titre de préposé responsable. Après la mort de Bottex en 1849, il devint et resta médecin en chef jusqu'au 1^{er} janvier 1877, date du transfert des aliénés à l'asile de Bron qu'il avait contribué à édifier. Depuis 1877 jusqu'à sa mort, M. Arthaud a été successivement médecin-directeur, médecin en chef, professeur de clinique à ce même asile. De 1843 à 1883, notre éminent confrère a publié des travaux d'une valeur réelle où l'on retrouve les qualités du lettré, du philosophe et d'un observateur d'une rare sagacité. Les plus importants sont relatifs à l'épidémie de démonopathie de Morzine, à l'affaire Jobard, au degré de responsabilité des épileptiques, aux indications du bromure de potassium dans le mal comitial, etc., etc.

Le professeur Arthaud était doué d'une activité en rapport avec son amour du bien. Malgré ses fonctions médico-administratives, il a pu s'associer aux travaux du Conseil d'hygiène et de salubrité pendant trente ans, à ceux de la Société de médecine qu'il a présidée en 1868 et 1869. Il a pris une part prépondérante à la fondation de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux. La considération dont il jouissait était telle que, quoique fonctionnaire d'Etat, il fut élu à l'unanimité président par des médecins et des chirurgiens recrutés par le concours. L'administration du Dispensaire l'a compté aussi parmi ses médecins consultants. L'étude comparée de l'assistance hospitalière et de l'assistance à domicile lui a inspiré une étude approfondie des avantages et des inconvénients de cette double assistance, qu'il propose de compléter l'une par l'autre.

Le professeur Arthaud est mort simplement, courageusement,

comme il avait vécu. La dernière étape de sa vie si méritante n'a pas été de longue durée. Dans la seconde quinzaine de février, et seulement sur l'ordre de ses amis, il a interrompu son service de clinique. Il y a quinze jours à peine, il est retourné dans cet asile de Bron, objet, pendant tant d'années, de ses préoccupations, pour ajourner la sortie d'un malade qu'il croyait incomplètement guéri et qu'il supposait dangereux. Mais de retour dans son cabinet d'études, où il passait ses nuits comme ses jours, il pensait encore à ses chers aliénés et il était heureux de s'en entretenir avec ses collaborateurs qui n'ont cessé de le visiter. Sa dernière lecture scientifique a été consacrée au dernier numéro des *Annales médico-psychologiques* contenant le projet de loi destiné à modifier la loi du 30 juin 1838. Il éprouva une vive satisfaction en constatant que ledit projet n'altérerait en aucun point l'esprit de cette législation tutélaire, et qu'au contraire il la perfectionnait en la complétant.

Quant aux sentiments plus intimes qui émergeaient de son for intérieur, ils étaient, dans ce moment suprême, comme dans les jours heureux, si discrets, qu'il ne se révélaient que par l'oubli de lui-même, la fermeté d'âme, la résignation, l'amour de la vérité, la constance dans l'amitié et par l'indicible regret d'être dans l'impossibilité de ne pouvoir rendre service à ceux qui, dans ces dernières années, l'avaient méconnu.

(Extrait du *Lyon médical*.)

Dr LACOUR.

CAS DE SÉQUESTRATION.

La France du 13 mars 1883 a reçu de Nontron la nouvelle suivante : « Une descente de justice a eu lieu chez la veuve Manein, à Connezac, qui, disait-on, tenait séquestré dans une cave son fils aîné, idiot de naissance. Dans un bouge infect, d'une superficie de huit pieds à peine, éclairé par une petite lucarne, les magistrats trouvèrent un être humain, accroupi sur le sol, transi de froid et à moitié nu ; la tête sur les genoux, ce malheureux, qui était d'une saleté repoussante, paraissait insensible à ce qui se passait autour de lui. A ses côtés, se trouvait une pailleasse pourrie couverte de déjections de toute sorte. Un des gendarme secoua le malheureux et lui adressa quelques paroles. Au son de la voix humaine, celui que son frère et sa mère appelaient l'idiot, releva la tête, fit entendre comme un soupir et une plainte, et retomba dans sa prostration. La veuve Manein et ses autres fils ont été arrêtés. »

ALIÉNATION MENTALE EN PRUSSE.

On a recensé en 1874 et 1880, dans le royaume de Prusse, le nombre des individus atteints de maladies mentales (idiots et crétins compris). Les résultats ont été les suivants : 1874, 55.043 individus, dont 28.002 du sexe masculin et 27.041 du sexe féminin ; 1880, 66.345 individus, dont 34.309 hommes et 32.036 femmes. L'accroissement d'un census à l'autre a été

de 20 pour 100 quand la population ne s'est accrue que de 40 pour 100. Des 66.345 malades recensés en 1880, 47.736 l'étaient de naissance (idiots et crétins), dont 9 809 du sexe masculin et 7.827 du sexe féminin. Le surplus se répartissait par âge, de la façon suivante : moins de 45 ans, 4.038 garçons et 3.440 filles; de 45 à cinquante ans, 22.485 hommes et 19.604 femmes; au-dessus : 7.343 hommes et 8.686 femmes; âge inconnu 473 du sexe masculin et 639 du sexe féminin.

(*L'Union médicale* du 14 novembre 1882.)

SOUSCRIPTION POUR L'ÉRECTION D'UNE STATUE A PHILIPPE PINEL.

Neuvième liste.

MM. Dally	30 fr.
Belle.	5
Rey.	5
Ingels.	20
Danis	5
Total.	65

Listes précédentes 24,870

Total général jusqu'à ce jour 24,935

SOUSCRIPTION POUR LE BUSTE DU D^r MARCHANT.

4^e liste.

MM. Motel,
Mesnet,
Baume,
Bigot,
Charpentier,
Ritti,
Voisin (Aug.),
Bessières,
Ingels.

Le montant total de la souscription est aujourd'hui de 465 fr.

Les souscriptions dont le chiffre a été fixé à 5 fr. doivent être adressées à M. le D^r Bouchereau, à l'asile Sainte-Anne, à Paris.

— M. le professeur BALL a repris le cours de clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, le dimanche 45 avril 1883, à 10 heures du matin, et les continuera les jeudis et les dimanches suivants à la même heure.

Hospice de la Salpêtrière. — M. LEGRAND DU SAULLE a commencé un cours public sur les maladies mentales, avec applications à la médecine légale et à la pratique professionnelle, le dimanche, 4^{or} avril 1883, à 9 heures et demie du matin, et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE IX^e VOLUME DE LA SIXIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE.

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS.

I. Chronique.

	PAGES
Le nouveau projet de loi sur les aliénés.—Le délire des négations. — Des guérisons tardives dans l'aliénation mentale. — L'abus de la morphine et son rôle au point de vue médico-légal. — Les aliénistes victimes des aliénés; blessure de M. le Dr Espiau de Lamaestre, mort du Dr Van Gellhorn.	5
Nouveau projet de loi sur les aliénés.—Délire mélancolique propre aux malades affectés d'ataxie locomotrice.—Des rapports existant entre les traumatismes et la paralysie générale. — Plusieurs cas identiques de folie aiguë chez des sœurs jumelles. — Desi- derata dans le service des aliénés aux États-Unis. — Erratum..	177
Cécité mentale des objets. — Théories diverses des paralysies par- tielles post-épileptiques. — Rareté relative de la folie tabétique. — Encore la morphomanie. — Effets différents de l'intoxication par la morphine et par l'opium brut. — Le monde des rêves. — Influence de l'opium et du haschich sur la criminalité à l'île Maurice. — Un aliéné qui réclame sa liberté et qui refuse d'en profiter quand il l'a obtenue.	361

II. Pathologie.

Sur la théorie de la paralysie générale; de la folie paralytique et de la démence paralytique considérées comme deux maladies distinctes; par M. le Dr Baillarger	18 et 191
Les enfants menteurs; par M. le Dr Bourdin	33 et 974
Contribution à l'étude des guérisons tardives; par M. le Dr A. Gi- raud.	68
De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la folie; par M. le Dr Marandon de Montyel.	387
Note sur la prédominance actuelle des formes dépressives de la paralysie générale; par M. le Dr Camuset.	407

III. Archives cliniques.

78. Des hallucinations dans la paralysie générale; par M. Bail- larger.	92
79. Crises hystériques chez un homme atteint de paralysie géné- rale; par M. Ph. Rey.	95

80. Observation d'un cas de guérison après huit ans de séjour à l'asile; par M. Sizaret.	101
81. Cas de guérison rapide de lypémanie avec mutilation; par M. A. Paris.	219
82. Hystérie-cataplexie chez une petite fille de neuf ans; par M. Millet.	410
83. Rémission de paralysie générale; par M. Rey.	416

IV. Déontologie.

De la conduite à tenir quand on est consulté par un sujet menacé de folie parce qu'il est issu de parents aliénés; par M. le Dr Billod.	419
---	-----

V. Législation.

Projet de loi portant révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, présenté au nom du Président de la République, par M. Fallières, ministre de l'intérieur.	223
Réflexions sur l'administration provisoire des biens des aliénés; par M. le Dr H. Bonnet.	433

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. Société médico-psychologique.

<i>Séance du 31 juillet 1882.</i> —Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Motet, Briand. — Commission des prix Aubanel et Belhomme : MM. Christian, Billod, Dally, Falret, Legrand du Saulle, Delasiauve, Bouchereau. — Discussion sur les asiles d'aliénés criminels (suite): MM. Billod, Dagonet, Delasiauve, Lunier, Legrand du Saulle.	108
<i>Séance du 30 octobre 1882.</i> —Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Doutrebente, Ludovic Durand, Legrand du Saulle, Max Simon, Rota, Bouchereau, Régis, Cotard, Motet, Dally, Espiau de Lamaestre — Discussion sur les asiles d'aliénés criminels (suite) : MM. Dally, Falret, Motet, Espiau de Lamaestre, Billod: — Du mensonge chez les enfants : MM. Dally, Legrand du Saulle, Delasiauve, Christian, Briand, Motet. — De certains troubles intellectuels toxiques chez les nouvelles accouchées ou chez des opérées : MM. Legrand du Saulle, Motet, Delasiauve, Bouchereau, Bourdin.	128
<i>Séance du 13 novembre 1882.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Falret, Cotard, Christian, Delasiauve, Billod. — Du mensonge chez les enfants : M. Bourdin. — Dans quelle mesure, l'aliéné guéri, qui s'est plus tard rendu coupable d'un crime, peut-il bénéficier de son accès antérieur : MM. Legrand du Saulle, Magnan, Motet, Christian, Falret.	139
<i>Séance du 27 novembre 1882.</i> —Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Miraglia, Motet, Rota, Greffier, Bourdin. — Rapport de M. Christian sur la candidature de M. Max Simon: élection. —Du mensonge chez les enfants (suite): MM. Bourdin, Delasiauve, Fournet, Motet, Dally, Foville.	277
<i>Séance du 11 décembre 1882.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Delasiauve, Lasègue, Christian, Max Simon,	

Mongeri, Ellero, Tebaldi, Schreiber, Semal. — Elections pour le renouvellement du bureau de 1883. — Rapport de M. Bouchereau sur la candidature de M. Danillo : élection. — Rapport de M. Paul Moreau (de Tours) sur la candidature de M. Greffier : élection. — Discussion sur les asiles d'aliénés criminels (<i>suite</i>) : MM. Foville, Motet, Blanche, Billod, Charpentier, Aug. Voisin, Bigot	305
Séance du 29 janvier 1883. — Installation du bureau : MM. Dally, Motet et Foville. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Pierret, Arnold Pick, Danillo, Ritti. — Election d'un membre associé étranger : M. de Castro. — Prix Esquirol. — Nomination de la commission des finances. — De la conduite à tenir quand on est consulté par un sujet qui se croit menacé de folie parce qu'il est issu de parents aliénés : MM. Billod, Legrand du Saulle, Foville, Motet, Lunier, Bigot, Fournet, Bourdin, Falret, Christian, Blanche.	456
Séance du 26 février 1883. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. de Castro, Vallon, Bally, Bigot, Legrand du Saulle, Ball. — Rapport de la commission des finances : M. Legrand du Saulle. — Un cas d'aphasie intermittente : MM. Ball, Dally, Foville, Delasiauve, Billod.	472
LE PROFESSEUR LASÈGUE; par M. Motet.	485

II. Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX FRANÇAIS (1881)

Anal. par M. le Dr E. Régis

Contribution à l'étude des localisations cérébrales.	148
Bourdonnements de l'oreille	148
Mort dans un cas d'hystérie à forme hydrophobique.	149
Observation d'hydrophobie rabique.	149
Fièvre intermittente d'origine émotive.	150
Leçon sur le bégaiement.	150
Altération du tissu osseux chez les hémiplegiques	151
De la paralysie alcoolique.	152
Asyllabie oul amnésie partielle et isolée de la lecture	153
Scléroses bilatérales de la moelle épinière.	154
De la nature du goitre ophtalmique.	155
Les paralysies toxiques.	320
Troubles intellectuels provoqués par les traumatismes cérébraux.	321
Délire de la fièvre typhoïde	322
Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve	322
Etat mental de L. M., inculpé de vol et d'assassinat	325
Accès de somnambulisme spontané et provoqué	326
Etat mental de F. L., inculpé d'assassinat.	326
Hallucinations dites panoramiques.	327
Étiologie du goitre.	327
Hématome de l'oreille.	328
Note de pathologie cérébrale.	490
Folie traumatique; trépanation; guérison	490
Hystérie consécutive à la morsure d'un chien.	491
Théorie physiologique de l'hallucination.	492
Accidents hystériques consécutifs à la trachéotomie.	492
Névroses convulsives et picrotoxine.	492
Du tremblement dans la paralysie générale et dans la sclérose en plaques.	493

JOURNAUX BELGES (1881)Anal. par M. le D^r E. RÉGIS

	PAGES
Parricide devenu aliéné.	494
Encombrement des asiles d'aliénés.	494
Soins à donner aux gâteux.	495

JOURNAUX ITALIENS (1881)

Anal. par. M. le Dr KÉRAVAL

Cas de microcéphalie.	496
Injection de sang défibriné dans le péritoine d'aliénés.	497
La folie morale.	497
Injections hypodermiques d'ergotine.	497
De l'hérédité de la folie.	497
Manie transitoire.	498
De la folie du toucher.	498
Épilepsie provoquée par lésions de l'écorce cérébrale.	498
Exigences sociales et humanitaires de la folie morale.	499
De la photoparesthésie.	499
Génèse de la folie.	499
Métallothérapie dans les accidents parésiques de l'hystérie.	499
Mesure des impressions psychiques élémentaires.	500
De l'hyosciamine.	501
De l'auscultation de la tête.	501
Etude expérimentale de l'hypnotisme.	501
Maladie de Thomsen.	502
Crâne et cerveau d'un épileptique.	502
Cas d'épilepsie larvée.	502
Épileptique homicide.	502
Lypémanique homicide.	502

JOURNAUX ANGLAIS (1881).

Anal. par M. le Dr R. DE MUSGRAVE CLAY.

La substantialité de la vie.	329
La vue et l'odorat chez les vertébrés.	331

JOURNAUX AMÉRICAINS (1881).

Anal. par M. le Dr DESMARES.

Folie morale, dépravation et cas hypothétique.	333
Problèmes de psychiatrie à résoudre par le médecin de la famille.	334
Décussation des fibres optiques dans le chiasma.	335
Aspect psychologique de l'alcoolisme.	335
Organisation des asiles d'aliénés.	336
Blessure unilatérale du cerveau par arme à feu.	336
Origine, caractère et traitement de l'onomanie.	338
De la mélancolie.	341
Conservation de la conscience dans l'épilepsie.	342
Hémiplégie droite avec atrophie cérébrale gauche.	342
Pathologie et traitement de la chorée.	342
Illusion, hallucination et délusion.	343

PAGES

Dégradation mentale produite par l'alcool.	343
Du repos dans les maladies nerveuses.	344
Du traitement privé des aliénés.	345
Modification de la loi commune sur la folie.	346
Actions réflexes génitales.	347

JOURNAUX ALLEMANDS (1881 et 1882).Anal. par MM. les D^{rs} HILDENBRAND et ALOÏSE ADAM.

Affections des reins cause d'aliénation mentale.	156
Théorie de Richarz sur la procréation et l'hérédité.	156
Etats de conscience morbides.	157
Anomalies organiques chez les aliénés.	159
Des affections de la moelle dans leur rapport avec certains phénomènes musculaires de la jambe.	159
De la sexualité contraire.	160
Insertions cérébrales ou cérébelleuses des nerfs crâniens.	162
Démence aiguë et stupeur.	348
Frictions sur le crâne dans la paralysie générale.	348
Influence de l'atropine chez les aliénés épileptiques.	349
Sur la folie systématisée.	350
Condamnation des aliénés par les tribunaux.	350
Fibres nerveuse à myéline dans l'écorce cérébrale.	503
Durée de la période latente du réflexe du tendon d'Achille.	505
Intoxication par l'iodoforme.	506
Cas de tumeur cérébrale avec surdité unilatérale.	507
Polyomyélite antérieure subaiguë.	508
Lésions de la paralysie infantile.	510
Idées imaginaires et délire.	511
Pathologie et thérapeutique de tabes dorsalis.	512
Un cas de paralysie progressive.	513
Etiologie de l'herpès zoster.	515
Tumeurs tuberculeuses dans les choroides et la protubérance.	515

III. Bibliographie.

Le cerveau, organe de la pensée chez l'homme et chez les animaux; par H. Charlton Bastian (Anal. par M. le Dr L. Camuset).	163
Des maladies mentales et nerveuses; par M. le Dr Billod, membre correspondant de l'Académie de médecine (Anal. par M. le Dr Camuset).	167
La paralysie générale chez la femme; par M. le Dr E. Régis (Anal. par M. le Dr Camuset).	170
Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie; par MM. Bourneville et H. d'Olier (Anal. par M. le Dr Camuset).	352
Du fractionnement des opérations cérébrales, et en particulier de leur dédoublement dans les psychopathies; par M. Descourtis (Anal. par M. le Dr Girma).	354
Les hystériques. Etat physiques et état mental; par M. le Dr Le-grand du Saulle (Anal. par M. le Dr Christian).	517
De la démence mélancolique; par M. le Dr A. Nairat, professeur-agrégé à la faculté de Montpellier (Anal. par M. le Dr Camuset).	521

	PAGES
Essai de psychologie sur le cerveau et sur le cœur; par M. A. Riche, de la congrégation des prêtres de Saint-Sulpice (Anal. par M. le Dr Camuset)	525
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE	172, 355 et 526

IV. Variétés.

Nominations et promotions : MM. Vallon, Millet, Cortyl, Taguet, Belle. — Nécrologie : André. — Prix de l'Académie de médecine de Belgique. — Asiles d'aliénés de la Seine. — Asile d'aliénés de Seine-et-Oise. — Asile public d'aliénés de Vannes. — Asile d'aliénés du Var. — Les aliénés en Italie.	171
Nominations et promotions : MM. Mathieu, Caillau, Homéry, Danthony. — Le projet de loi sur les aliénés au Sénat. — Concours pour l'internat : asiles de la Seine et asile de Maréville. — Les aliénés du département de la Seine. — Les aliénés en liberté. — Le professeur Bouillaud. — Certamen de médecine mentale. — Souscription pour le buste du Dr Marchant (3 ^e liste)	357
Inspection générale des services administratifs du ministère de l'Intérieur : Modifications dans l'organisation du service de l'inspection. — Nominations et promotions : MM. Lunier, Bouchereau, Magnan, Chaussinand, Briand. — Nécrologie : le professeur Arthaud. — Cas de sequestration. — L'aliénation mentale en Prusse. — Souscription pour la statue de Pinel (9 ^e liste). — Souscription pour le buste de Marchant (4 ^e liste)	527
Table des matières du IX ^e volume de la sixième série.	537